MEDICINA PENTRU TOȚI

77

C. STAVROS

Droguri concomitente

alcool, tutun, cafea

SC/38

DROGURI CONCOMITENTE
alcool, tutun, cafea
— factori de risc —

Dr. C. Stavros

EDITURA MEDICALĂ, BUCUREŞTI, 1989

Colecția „ȘTIINȚA ȘI TEHNICA PENTRU TOȚI"
apare sub egida
FRONTULUI DEMOCRAȚIEI ȘI UNITĂȚII SOCIALISTE

CUPRINS

Pag.

Droguri concomitente — în loc de introducere . . . 5

1. Alcoolul 11
Istoric, compoziție chimică, substanțe nocive, produse alcoolice 11
Dependență psihică și fizică, motivații în justificarea drogului, aspectul social al consumului 17
Efectele asupra personalității individului, familiei și capacității de muncă 21
Efectele asupra organismului. Alcoolul ca factor de risc. Alcoolul și actul infracțional 25
Consumul de alcool, referințe statistice, prognoza în problema alcoolului, aspecte economice 30
Femeia și alcoolul 36
Intoxicația acută și cronică cu alcool 38
Alcoolul și accidentele violente. Alcoolul la volan . 40
Măsuri și mijloace de luptă antialcool, medicina preventivă în problema alcoolului 44

2 Tutunul 49
Istoric, răspîndire geografică 49
Compoziția chimică, substanțe nocive 54
Produs de consum, tendințe de consum în secolul XX, aspecte economice 56
Efectele consumului de tutun asupra organismului. Morbiditatea și mortalitatea. Factor de risc . . . 60
Tutunul și femeia 68
Alte efecte nocive ale tutunului 70
Intoxicația tabagică, tabagism 71
Aspecte psihosociale ale fumatului, dependența psihică și fizică 73
Nefumători între fumători 82
Tutunul și medicina preventivă 84

Pag.

Acțiuni preventive și cercetări recente privind nocivitatea fumatului 88

3. Cafeaua 93

Istoric, aspect economic în țara cafelei și în alte țări 93
Compoziția chimică, cafeina — substanță activă. Proprietățile ei farmacologice 98
Efectele consumului de cafea asupra stării de sănătate și a stării de boală, factor de risc 101
Intoxicația cu cafea, cafeism 104
Consumul de cafea, dependență psihică și fizică . . 105
Aliment sau medicament ? Drog tolerat sau agresiv . 107

Lia și Sorin
Constantin
11 Iunie 87

DROGURI CONCOMITENTE
— În loc de introducere —

De ce nu s-ar crede că autorul intentează, cu sînge rece, proces unor droguri care, la prima privire, par nevinovate și chemate inoportun pe banca acuzării.

— Alcoolul... cine nu a rostit măcar o dată... „Hai noroc ! Un păhărel nu strică“...

— Cafeaua... cine nu își amintește de invitația politicoasă : „Vino, și o să-ți povestesc totul la o cafelută“...

— Tutunul... cine nu a trecut printr-o situație deosebită după care... „Dacă nu aveam țigări, aș fi innebunit“...

Alcoolul, tutunul, cafeaua, cuvinte ce nu inspiră teamă... și totuși, toate trei la un loc, aceste droguri care nu se găsesc încă în dulapul cu otrăvuri al farmaciilor, ci simplu etalate, la îndemîna oricui, în unitățile industriei alimentare, nu sînt altceva decît niște „alimente“ care atentează subtil la viața indivizilor. Ele aduc grave prejudicii pe plan social, familiei, profesiei, unor întregi generații robite tentației de a fi „la zi“, de a fi „la modă“ ; moda aceasta care nu uită niciodată să-și ceară tributul de la adepții ei. Despre concomitența acestor trei droguri, medicina de azi, mai mult decît ieri, trage semnalul de alarmă, cînd, rînd pe rînd,

ne demonstrează experimental, separat pentru fiecare drog sau laolaltă, într-o potențare reciprocă, efectele nocive, ca factori de risc sau factori favorizanți, asupra stării de boală și efectele agravante, în general, printr-un consum abuziv; aceste efecte se manifestă deopotrivă asupra stării de sănătate a individului, subminînd-o în timp, într-un mod de cele mai multe ori ireversibil.

Reclama și publicitatea — premeditată sau nu — asociază în toate circumstanțele fumatul cu consumul de alcool și cafea, ca și cînd individul în relațiile sale cotidiene, de serviciu, de repaus sau agrement, nu ar fi complet integrat social dacă nu consumă alcool, nu fumează sau nu soarbe cafea.

Dar să vedem ce spune medicina, în urma cercetărilor și experiențelor efectuate imediat după cel de-al doilea război mondial, cînd incidențe flagrante s-au observat între patologia generală și consumul acestor droguri.

Observațiile se referă la studii asupra individului bolnav sau al celui care, relativ sănătos, obișnuiește în mod curent să fumeze sau să consume alcool și cafea.

Astfel, statistic, din fiecare patru locuitori ai globului unul este fumător, trei sînt consumatori de cafea și doi consumatori de băuturi alcoolice.

Aceste date privesc în ultimul timp ambele sexe, atît pe adulți, cît și pe tineri.

Despre interdependența acestor droguri și influența lor asupra unor maladii, semnalăm următoarele:

— asocierea fumatului cu alcoolul crește riscul posibilității contractării tuberculozei, bolilor digestive și tulburările cardio-vasculare;

— acțiunea sinergică tutun-alcool-cafea agravează starea unei inimi deficiente, favorizînd instalarea prematură a unei ventilații pulmonare limită sau sublimită, potențînd procesul de instabilitate psihică și cumulînd stări anxioase sau depresive marcante.

Ca factori concomitenți de risc la băuturi și fumători menționăm frecvența anormală de bacterii în urină (peste cifrele indicate ca medii). Cînd cele două droguri se cumulează, cifra bacteriilor este și mai crescută. Se știe că in vivo funcțiile leucocitelor sînt alterate în prezența alcoolului, iar tutunul deprimă funcția fagocitară a macrofagelor, inhibînd sinteza imunoglobulinelor, deci deteriorează vădit sistemul de apărare a organismului, facilitînd infecțiile. Într-o anchetă asupra sterilității masculine, chestionarul punea și unele întrebări referitoare la antecedentele genito-urinare, precum și asupra consumului de tutun și alcool. Rezultatele au fost surprinzătoare.

S-au observat la peste 2 000 de subiecți, în jurul vîrstei de 30 de ani, următoarele corelații (tabelele 1, 2).

Tabelul 1

Numărul de țigări pe zi	*Nefumători*		*Fumători*		
Consumate	0	1—9	10—19	20—29	30—40
Efectiv (nr. de subiecți)	793	403	586	715	162
Infecții uro-genitale %	13	14,6	13,1	16,6	24,7
Uretrite %	7,4	7,9	7,3	9,9	13,6

Tabelul 2

Categoria	*Nebăutori*		*Băutori*		
Consum alcool g/zi	0	?0	20—30	40—59	60—80
Efectiv (nr. de subiecți)	239	602	555	410	187
Infecții urogenitale %	10,9	14,0	12,6	15,4	12,8
Uretrite %	—	7,3	7,0	8,5	8,0

La o cantitate mai mare de alcool, respectiv peste 80 g consum pe zi, la un efectiv de 138 subiecți :

— infecții uro-genitale 28,3%;

— uretrite 21,7%.

Se observă, pe de o parte, că frecvența infecțiilor crește în raport direct cu numărul de țigări fumate și cu cantitatea de alcool consumat. Se menționează că, în general, consumul de tutun este în proporții echivalente ca mărime cu consumul de alcool. Un mare băutor va fi aproape întotdeauna și un mare fumător. La un consum ridicat de alcool și tutun, infecțiile cresc direct proporțional.

Referitor la riscul pe care în aduce fiecare drog consumat aparte sau concomitent, redăm rezultatele unui studiu recent.

Probabilitatea pentru o persoană în vîrstă de 50 de ani de a face un accident coronarian major (un infarct miocardic) este multiplicată cu trei dacă există un singur factor de risc, cu 10 dacă există doi factori de risc și cu 35 dacă există 3 factori de risc (studiul a fost făcut pe concomitența alcoolului, tutunului și a cafelei).

S-a stabilit că fumătorii fac forme mult mai severe de bronșite cronice, astm și emfizem pulmonar, dacă consumă concomitent alcool. Efectele negative ale alcoolului asupra rețelei vasculare cerebrale vor fi mai puternice dacă bolnavul este în același timp un mare fumător.

Originea tulburărilor vizuale prin atingerea nervului optic, alterarea gustului, pierderea progresivă a mirosului sînt doar cîteva consecințe ale asocierii alcoolului cu tutunul.

Acutizarea tulburărilor digestive, permanentizînd fenomenele patologice la acest nivel, sînt mai evidente la bolnavii care asociază la consumul de alcool pe cel al cafelei și tutunului.

Cercetări recente consideră ca factori de risc în cancerul digestiv, vezical, pancreatic și pulmonar, cele trei droguri consumate simultan, pe o perioadă mai lungă de timp. Azi nu se mai vorbește despre efectul tampon al cafelei asupra alcoolului, ci, din contră, despre efectul de potențare al acesteia asupra alcoolului.

Combustiunea boabelor de cafea, la fel ca și arderea tutunului, produc substanțe intermediare cu efect potențial cancerigen.

Un alt aspect al concomitenței și interdependenței între cele trei droguri este acela că alcoolicii fumează mai mult ca ceilalți fumători, dar reducerea consumului de alcool nu aduce cu sine și pe cea a consumului de tutun. Consumul de tutun este mai frecvent asociat consumului de alcool.

Observații făcute pe diverse grupuri sociale arată că asocierea tutunului cu alcoolul și al acestora cu consumul de cafea este mai răspîndit la intelectuali, indiferent de sex, în special la celibatari și divorțați.

S-ar părea că aceștia dau numărul cel mai mare de bolnavi neuropsihici, abonați permanenți ai nevrozei astenice și conflictelor de adaptabilitate socio-profesionale, fără să-și imagineze măcar că drogurile, mai sus citate, ar avea vreo influență în starea loc de boală. Oare poate crede individul sănătos că fiecare țigară, fiecare păhărel de alcool sau fiecare ceașcă de cafea sînt dăunătoare echilibrului său psihosomatic ? ! Azi, cînd ritmul de viață solicită energii fizice intacte, metabolisme perfecte și un intelect alert, autoagresiunea prin droguri asupra biologicului este tot atît de neînțeleasă, ilogică și nemotivată, ca aceea a unui alpinist care, pornit să escaladeze un munte, își pune pietricele în bocanci și își pudrează lenjeria de corp cu praf de scărpinat.

Mai mult sau mai puțin controversată, problema consumului abuziv al acestor droguri ridică o serie de întrebări :

1. Cît de mare este pericolul consumului ?

2. Abandonul lor este un act de voință sau de cultură ?

3. Există limite ale consumului ?

Autorul a încercat să răspundă, cît mai complet posibil, acestor întrebări urmărind să completeze cu noi date voluminosul dosar al celor trei droguri.

AUTORUL

1. ALCOOLUL

Istoric, compoziție chimică, substanțe nocive, produse alcoolice

Băuturile alcoolice erau cunoscute încă din timpuri străvechi. În Babilon, pe malul Eufratului, în Egipt, în timpul lui Ramses al II-lea, acum 3200 de ani, se fabrica berea prin fermentație. La greci, legenda și realitatea se contopeau în serbări dionysiace sau apoi la romani în cadrul petrecerilor patronate de Bacchus — zeul vinului, consumul de băuturi alcoolice era considerabil. În ritualurile religioase, purificarea se făcea cu pîine și vin ; acest act mitic mai dăinuie încă în ritualul bisericii ortodoxe. Băuturile alcoolice, distilate se cunosc încă de prin secolul al XV-lea. Celții, popor care a emigrat din Europa Centrală, au dus cu ei, în Insulele Britanice, o băutură pe care o numeau „Whisky", care în traducere înseamnă „apă de viață" ; aceasta a rămas pînă astăzi regele băuturilor...

În urmă cu 2000 de ani, sub Nero, filozoful Seneca condamna alcoolismul cu epitelul „nebunie voluntară".

S-a pus întrebarea dacă în zilele noastre mai există populații pe suprafața globului care nu consumă băuturi alcoolice ?

Mai există... tribul pigmeilor și cîteva grupuri de piei roșii din unele rezervații ale Americii de Sud.

Alcoolul nu a fost întotdeauna apreciat, cum spune poetul Horațiu ; „— alcoolul dă încredere laşului, eliberează amintirea de gînduri negre, provoacă veselie şi te face să uiți necazurile". În plin secol XX alcoolul a fost răspîndit, ca o armă mută dar sigură, în scopuri de genocid, de decimare a unor populații şi grupe de populații (exemple : indienii din America de Nord şi unele popoare din Africa).

Băuturile alcoolice conțin în cantități variabile alcool etilic ; Whisky-ul, atît de răspîndit pe glob, provine prin distilarea produselor cerealiere, procedeul fermentației, şi conține în medie 47°—53° alcool etilic. Spre a-şi menține calitățile organoleptice — pe care marea publicitate nu uită să le amintească prin reclame zgomotoase —, el trebuie ținut în recipiente de lemn pe o perioadă de 2—3 ani. Cu culoarea lui de „aur pur" deține, cu succes, titlul de campion al băuturilor alcoolice.

O altă băutură distilată, Brandy (coniac), este obținută prin distilarea sucului fermentat de struguri şi conține între 48°—53° volume % grade alcool etilic. În general, băuturile se pot împărți în trei categorii :

— slabe — pînă la 12° alcool, cum sînt : berea, mustul şi vinul slab ;

— mijlocii — ce conțin între 12° şi 20° alcool (vinuri tari, vechi şi dulci, vermut) ;

— tari — între 20° şi 60° alcool (țuică, vodcă, rachiu, rom, gin, lichioruri etc.). Băuturile tari se consumă ca atare sau în amestec. De exemplu „Whisky and soda" (cu sifon) ; vodcă cu suc de portocale sau chiar cu „suc de roşii" ! În timpul preparării băuturilor alcoolice prin tehnologiile care vizează în primul rînd conservarea şi aspectul estetic, se nasc ca produşi

intermediari sau se introduc o serie de substanțe, inerente procesului de preparare, dar nocive pentru organism. Astfel, aldehidele sau produse intermediare în timpul fermentației şi al distilării se adaugă la produşii naturali, dintre care unele sînt substanțe încă neanalizate din punct de vedere chimic. De exemplu, în vin s-au înregistrat peste 250 compuşi chimici. Să vedem mai jos care este compoziția unui litru de vin :

— apă, aproximativ 700 g la litru

— alcool etilic 70—140 g la litru (provenit din zahărul din struguri în timpul fermentării ; 70 g zahăr se transformă în 1° alcool)

— alcool etilic 50—100 g

— alți alcooli 90—200 g (care în doze ridicate sînt toxici)

— corpi volatili

— acetat de etil (pînă la 100 mg/litru)

— acetaldehide

— acizi organici

— acid tartric (2—6 g/l)

— apoi acid citric, malic etc.

— zaharuri

— glucoză şi fructoză (200—300 g/l)

(în vinuri acre 1—2 g/l, în vinurile dulci 70 g/l)

— substanțe azotate

— proteine — acizi aminați 2% din azotul total

— constituenți ai taninului :

— leucocinodol

— catehine

— substanțe minerale în cantități mici, ca :

— clor 20—30 mg
— fluor, brom, iod 0,1—0,2 mg
— potasiu 0,8 g
— fier 1—50 mg
— cupru 0,1—5 mg
— arsenic 0,01 mg
— plumb 0,4 mg
— fosfor 150 mg
— zinc 2 mg
— magneziu 60 mg
— iod 0,15 mg
— bor 5 mg
— siliciu 20 mg

Unele trec în vin din soluțiile cu care s-a acționat pentru protecția viței de vie. Cantități mai mari produc agresiuni asupra organismului sau duc la imposibilitatea consumării vinului.

— substanțe antiseptice și fungistatice, ca :

— acidul pirocarbonic, care se pune în vin în timpul îmbutelierii

— bioxidul de sulf (sulfiți) în cantitate de 450 mg/l ; sau sub formă de săruri, ca :

— metabisulfitul de Ka.

Aceștia (sulfiții) împreună cu coloranții și substanțele de limpezire și stabilizare a vinului, ca : gelatina, albumina, taninul, caseina, caolinul, bentonina etc., au un efect negativ asupra acizilor aminați (produse naturale în vin) și asupra vitaminelor. Sulfiții inactivează tiamina sau vitamina B_1 ; carența ei din organismul alcoolicilor este legată de fenomenul patologic al polinevritelor periferice.

Tehnologia și prepararea în general a băuturilor alcoolice formează un dosar secret de rețete și formule pentru nevinovații consumatori (care de fapt, rar, pot ști ce beau).

Orice vin își are identitatea sa, confirmată de o serie largă de analize și examinări organoleptice ;

aceasta permite încadrarea vinului în diferite categorii, în funcție de conținutul lui de zahăr în grame la litrul de vin.

Astfel se poate vorbi de vinuri : seci, cu pînă la 4 g zahăr la 1 litru,

— demiseci, cu 4,1—12 g zahăr la litru,
— semidulci, cu 12—50 g zahăr la 1 litru,
— dulci, cu peste 50 g zahăr la 1 litru.

Dacă ne referim la tăria vinurilor, ele se pot împărți în vinuri de consum curent cu 8% volume alcool la 1 litru și vinuri de calitate superioară cu 10,5% volume alcool.

Acestea sînt îmbuteliate, etichetate cu denumirea de origine și garantate de inițialele V.S.O. care înseamnă — very superior old — adică calitate foarte înaltă și vechime ; astfel de vinuri sînt cele cu denumirea Aligoté, Riesling italian, Fetească Albă, Furmint, Cabernet-Sauvignon etc.

Nu putem uita... nici regina vinurilor, care este șampania, obținut din soiuri de struguri nobili, provenite din regiunea Champagne — Franța și aclimatizați foarte bine la solul și clima țării noastre.

Fabricarea vinurilor presupune o tehnologie stabilită de organele competente, aceasta făcînd obiectul unei însemnate industrii a viței și vinului la noi în țară. Orice practici neștiințifice în fabricarea vinului, ca : adăugarea de alcool, produse zaharoase, substanțe aromatizante sau coloranți, nu fac altceva decît să denatureze calitățile vinului, producînd tulburări în organism, îmbolnăviri uneori destul de grave.

Astfel, de multe ori, se practică pe scară largă falsificarea băuturilor. Luînd ca bază vinul industrial, se adaugă substanțe chimice sau diverse esențe, spre a scoate „produse noi". Uneori se amestecă băuturile

între ele ; de exemplu : celebrul „Rare blend Scotch Whisky“ nu înseamnă altceva decît „Rarul amestec de whiski-uri scoțiene“, Whisky scoțian J and B (Justerini și Brooks L.T.D.) este un amestec de opt sorturi, în care așa cum scrie pe etichetă „își dau întîlnire cele mai recente și superioare băuturi regale“...

Falsificarea băuturilor poate duce la intoxicații mortale, cum au fost în S.U.A. — Giorgia, în 1951, din cauza unui whisky de contrabandă, care a avut la bază alcool metilic (alcool din lemn) și care a produs 323 cazuri de intoxicație cu 41 de cazuri mortale.

În afara efectelor nocive oculare, produșii de oxidare ai alcoolului metilic atacă celulele retiniere, el este folosit ca denaturat al alcoolului etilic ; prin consumarea acestuia chiar după „toate metodele de separare“, empirice, așa-zisul alcool denaturat, folosit ca solvent în industrie sau ca dezinfectant, este foarte periculos pentru organism.

Tehnologiile sofisticate, chimicalele ce se adaugă pentru învechirea vinului, insecticidele cu care se stropesc strugurii sau substanțele cu care vinul este tratat pentru a împiedica unele boli specifice vinului, fac ca acesta să nu mai fie atît de inofensiv, cum fiecare băutor și l-ar dori. El a fost și va rămîne vătămător. Cu 2 500 de ani în urmă, Platon era împotriva consumului de vin la tinerii ce nu depășeau 22 de ani ; Aristot pleda vehement împotriva consumului de către mame și copii ; Licurg, legiuitor al Spartei, strîngea bețivii în piețe și „îi dădea în spectacol“, ca exemple negative.

Azi, cu toate că se vorbește mult despre efectele negative ale consumului de băuturi alcoolice, se bea, tot atît de mult pe cît se vorbește.

Mai mult decît atît, producția de vin a lumii a fost în campania agricolă 1979—1980 de 362 milioane hectolitri (cifră record), mai mare cu 20% decît producția

campaniei precedente [după un raport O.N.U. pentru alimentație și agricultură (F.A.O.), dat publicității la Roma].

Dependență psihică și fizică, motivații în justificarea drogului, aspectul social al consumului

De la început, considerăm că este necesară o discriminare printre consumatorii de băuturi alcoolice. Sarcina ne-ar fi mai ușoară dacă am face discriminare între băutori și nebăutori... Ultimii nu ne-ar pune probleme...

În sfîrșit, clasificări s-au făcut multe, fiind greu să fim originali ; unele au fost notate chiar cu literele pretențioase ale alfabetului grecesc : alfa, beta, gama...

Să ne rezumăm însă la două categorii :

Prima : a băutorilor nepasionați, mai puternici decît băutura ; ei consumă ocazional, sporadic, uneori căzînd victime ale intoxicației acute alcoolice, denumită stare de ebrietate sau beție.

A doua categorie este a băutorilor pasionați, mai slabi decît băutura, față de care sînt „prinși“ sau, altfel zis, dependenți psihic și fizic ; ei consumă frecvent și de durată, iar efortul de a se „desprinde“ nu este posibil ; aceștia sînt alcoolicii, iar problema pe care o ridică, alcoolismul.

Tendința irezistibilă de a consuma alcool este o toxicomanie.

Organizația Mondială a Sănătății (O.M.S.) definește alcoolismul astfel : „O stare în care un subiect consumă alcool în detrimentul sănătății sale, a activității

sale pe plan profesional-social, pierzînd controlul față de băutură și incapabil de a se abține de la consum".

Alcoolicul este un bolnav care prezintă tulburări organice sau psihice permanente.

Deși alcoolicul își dă seama, în unele momente de luciditate, că este victima unei obișnuințe rele, în urma căreia este agresionat, el angajează bătălia în cealaltă parte a terenului, în aceea unde încearcă să motiveze consumul. Indiferent de legitimitatea acestor motivații, el bea pentru a compensa — iluzoriu — unele complexe, frustrații pe fondul unor carențe ale propriei sale personalități. La o analiză științifică, nici unul din pretextele cu care caută să justifice consumul nu rezistă. Alcoolicul este un naiv atunci cînd caută în băutură, pentru lașitatea ea, îndrăzneală, pentru timiditatea sa, încrederea în sine, iar împotriva fricii și conflictului, uitarea.

O anchetă printre consumatorii de băuturi ne arată motivațiile exprimate procentual, astfel :

42% beau pentru a scădea tensiunea psihică ;

21% pentru a uita ceva neplăcut ;

12% pentru a se distra cu amicii ;

4% din motive de boală și conflicte familiale ;

10% pentru a-și face curaj ;

1% din politețe ;

10% pentru creșterea apetitului alimentar sau sexual.

Motivațiile ar putea fi grupate după cum urmează :

1. Motivații festive (cu ocazia unor evenimente ca : naștere, botez, căsătorie, anul nou, sărbători pe parcursul anului, zile onomastice).

2. Motivații teologice : se bea la un deces și se continuă cu așa-zisele „pomeni".

3. Motivații psihologice : după un eșec neașteptat, decepție sentimentală, afaceri nereușite etc.

4. Motivații filozofice : se bea spre a fi mai inspirat sau pentru că viața este grea, iar individul nu este înțeles... de nimeni.

5. Motivații sociale : se bea din cauza conflictelor familiale, divorț, în curs de divorț, pierderea serviciului etc.

Dacă acestea sînt motivațiile, să vedem acum substratul lor, adevărata față a alcoolicului, și să-l declarăm culpabil sau neculpabil.

Evident, alcoolic nu poți deveni într-o singură noapte „de chef" cu un grup de amici.

Alcoolismul se instalează în timp, fără stridențe, fără puneri în gardă, subtil, perfid, dar tenace. Tentația este la început psihică ; ca orice drog, alcoolul se prezintă simțurilor noastre de la butelia trasă prin inel, pînă la butoiul dolofan la care numai uitîndu-ne, ne lasă gura apă... Apoi conținutul, de culoarea chihlimbarului sau roșie-rubinie, în care alcoolul stă ascuns și tăcut, mai puternic sau mai slab, în toată lista de băuturi, ba chiar în mustul „nevinovat și dulce".

Într-o lucrare referitoare la prepararea vinului, Ion Ionescu de la Brad, revenit în țară din Franța, unde se specializase în agricultură, în urmă cu 150 de ani, ne dezvăluie cu cîtă atenție și curtoazie se făcea culesul strugurilor pentru a obține licoarea mult dorită — vinul.

„Călugării din Citeaux — Franța culegeau vestitele lor vii astfel : un clopot vestește călugărilor ora intrării în vie ; de pică o pîclă, de vine vreun nor și se pune în dreptul soarelui sau amenință cu ploaie, îndată clopotul sună și cheamă călugării afară din vie. Numai pe soare, pe timp senin, cînd nici poama, nici pămîntul

nu sînt ude de rouă și de ploaie, numai atunci intră în vie și o culeg, luînd numai strugurii copți și cei teferi și nu se amestecă cei de la umbră și de lîngă pămînt cu cei din soare".

După atîta grijă, nu este firesc ca produsul obținut după un lung parcurs, în care stări emoționale se sumează cu cît se apropie ziua culesului și apoi a vinului odihnit după fermentație, cu paharul în mînă, vinul „vorbit", plimbat în fața ochilor și, în sfîrșit, degustat, acest vin va trebui să fie doar bun, foarte bun sau excelent ?

De la un păhărel ocazional la altul, din motive de stres — dacă vreți — lichidul născut din strugurii unei toamne aurii, sec, demisec sau dulce, va satisface pînă la urmă cele mai pretențioase gusturi.

De aici, drumul spre obișnuință în dependență fizică este foarte scurt. Efectul psihologic al alcoolului pare derutant. Imediat după consum se instalează o „stare de bine", o „potențare a forței", o stimulare aproape irezistibilă și inexplicabilă de a complimenta doza inițială, indiferent de consecințe ; băutorul nu se mai poate opri. Abia acum, dependent fizic la alcool, el va căuta, sub masca conformismului social, „pretexte" de a bea, mințindu-și conștiința, pînă acolo încît să considere ciocnirea cîtorva păhărele de vin o chestiune „de bun simț".

Toate ocaziile căutate spre a consuma băuturile alcoolice își vor avea justificarea lor în numele unor tradiții naționale — dacă vreți — al unor tradiții gastronomice, unde cea mai uluitoare descoperire este aceea că fiecare mîncare va „cădea bine" numai însoțită de vinul ei, un vin alb, un vin roșu, un vin sec sau unul mai dulceag... Ulterior, mîncarea nu va mai fi decît un pretext ; vinul bun se poate aprecia numai „pe gol".

Într-o lucrare ce analizează comportamentul specific al băutorului, se atenționează amatorii că, dacă în timpul ingurgitării observă, că primul pahar este așteptat cu nerăbdare, că apoi nu se pot opri din băut, că au întotdeauna o scuză cînd beau, că devin agresivi sau melancolici, că mănîncă din ce în ce mai puțin, le tremură ușor mîinile și constată eclipse de memorie, să știe că sînt pe pragul catastrofei, adică în faza critică a alcoolismului cronic.

Alcoolul perturbă relațiile dintre indivizi, el are deci o componentă socială ; degradează nucleul de bază al societății — familia ; el scade cota spirituală și materială a eforturilor umane ; el este un aspect al subculturii, al subcivilizației. Chiar și prin prisma umorului, trebuie să acceptăm că el există ca fenomen, că în zilele noastre mai este tolerat.

La aceasta contribuie :

— accesibilitatea la consum ;

— evaziuni de la respectarea limitelor de cantitate privind desfacerea băuturilor în localuri ;

— insuficienta formare a publicului asupra nocivității consumului de alcool.

Efectele asupra personalității individului, familiei și capacității de muncă

Efectele alcoolului, ca produs de consum periodic sau permanent, se reflectă negativ prin aceea că duce pînă la dezagregarea personalității individului, dublată de atingerea funcțională și organică a unor sisteme sau aparate ale corpului omenesc.

Alcoolul atacă domeniile intelectual-afectiv și instinctual, perturbînd mecanismele intrinseci ale acestora.

Un studiu făcut în Belgia asupra unui grup de 117 bolnavi alcoolici, a depistat :

1. Tulburări mintale psihiatrice sau nevrotice grave la 6 bolnavi, reprezentînd 5%.

2. Tulburări grave de comportament la 6 bolnavi, reprezentînd 12%.

3. Tulburări acute de origine toxică *(delirum tremens)* la 17 bolnavi, reprezentînd 14,5%.

4. Tulburări pasagere de caracter la 26 bolnavi reprezentînd 22,5%.

Un experiment asupra unor indivizi sub influența alcoolului a demonstrat că există un deficit intelectual prin perturbări ale memoriei, în cazul reproducerii de texte și, de asemenea, coeficientul de inteligență după scara Wechsler este mult redus.

Intoxicatul acut (în beție) sau cronic (în alcoolism) este un individ superficial, cu un raționament absurd, lipsit de voință și simț moral și cu tulburări de caracter, ca : minciună, impertinență, delir de grandoare etc.

Implicarea alcoolului în dezorganizarea familiei sau abandonul acesteia este frecventă. Alcoolicul este un bolnav psihic ce manifestă o gelozie patologică și o agresivitate nemotivată, care în ultimă instanță duce la certuri și divorț.

Alcoolicul este un exemplu negativ în educația copiilor, iar copiii acestuia sînt tarați organic și psihic.

Observațiile asupra a 120 de copii concepuți în stare de ebrietate au arătat că numai 14 au putut fi considerați normali sub aspectul psihosomatic ; ceilalți, pe parcursul creșterii, s-au dovedit predispuși la rahitism, tuberculoză, epilepsie și boli mintale.

Alcoolicul este deficient în funcție de reproducere și responsabil de minusul biologic al produsului de concepție. Un număr de 60% dintre alcoolici au azoospermie, iar un studiu genetic la 100 de adulți notați cu alcoolism cronic între 30 și 60 de ani, găsește aberații cromozomiale în sensul că aceștia aveau mai mult sau mai puțin de 46 cromozomi.

Copiii din părinți bețivi, întrunesc cel mai mare număr de malformații congenitale.

Relațiile dintre alcool și activitatea sexuală sînt cunoscute. Alcoolul nu constituie un afrodisiac ; senzațiile de erotizare și stimulare în raporturile sexuale sînt false. Alcoolul dezlănțuie apetitul sexual, în cel mai bun caz, dar actul în sine este perturbat ; un număr important din pacienții cu impotență sexuală sînt consumatori de băuturi alcoolice.

În ce privește relația alcool-capacitatea de muncă, aceasta este influențată negativ.

Băuturile alcoolice nu au nici o acțiune directă asupra contracției musculare. Experiențe făcute în procesul de execuție a muncii fizice arată că, la indivizii care au consumat alcool, oboseala inițială începe la 10 minute, iar la 30 minute se instalează oboseala totală, în raport cu individul care nu a consumat alcool, unde oboseala se instalează inițial la 30 de minute și cea totală la 60 de minute. Apariția mai rapidă a oboselii după ingerare de băuturi alcoolice se datorește împiedicării oxidării glucozei (cărbunele mușchiului) și deci neutralizării ei. Un consum de 300 grame vin scade randamentul muncii cu 8—20%. În munca de precizie fină și coordonată, unde atenția este solicitată pe prim plan, 15 ml de alcool scad capacitatea de muncă cu 42% ; s-a constatat că precizia la tir scade cu 30% după 4 pahare cu bere. La o dactilografă care

consumă 30 g alcool, după două ore, viteza scrisului la mașină scade cu 2%, iar numărul greșelilor crește cu 40%. Alcoolul nu aduce organismului forță ; el nu este încorporat ca un aliment în materia vie a celulelor ; el nu este un factor energetic, nefiind asimilat.

Caloriile ce le furnizează nu sînt utilizate pentru munca musculară și nici pentru încălzirea organismului. Alcoolul crește cu 10% consumul de oxigen, provocînd o senzație de căldură datorită unei vasodilatații superficiale periferice, cu pierdere consecutivă de calorii și perturbarea funcției termoreglării. Ingerarea de băuturi alcoolice pentru „a ne încălzi“ în timpul iernii, nu este justificată, ci din contră devine nocivă.

Spre a elucida problema alcoolismului în raport cu capacitatea de muncă, redăm următoarele observații făcute la o întreprindere industrială din Franța. Cifrele arată că 12% din populația activă masculină erau alcoolici, iar din 1 000 de bărbați între 20—50 de ani, 160—180 erau băutori excesivi, adică peste 16%. Accidentele de muncă au fost de patru ori mai numeroase la băutori în comparație cu cei abstinenți.

Din 1 318 muncitori supuși unor teste tehnice în vederea angajării în muncă, muncitori între vîrsta de 20 și 27 de ani, 79 nu au reușit la testele impuse, 67 dintre ei fiind alcoolici cronici. La probele de finețe, manipulării de precizie, toți cei 79 de candidați au avut note sub limita posibilului.

S-a observat că alcoolismul nu ține cont de vîrstă, dar că atinge muncitori ce execută munci grele și al căror nivel socio-cultural este mediocru. O altă categorie predispusă alcoolismului o constituie indivizii cu profesii ce reclamă relații cu publicul. Noțiunea de personalitate, indiferent de domeniul de activitate, exclude pe cea de alcoolism.

Efectele asupra organismului. Alcoolul factor de risc. Alcoolul și actul infracțional

Determinismul alcoolului ca drog nociv în sfera sistemului cardiovascular a constituit un vast obiect de cercetări în ultimii ani.

Fiziologic vorbind, alcoolul în doze mici produce o vasodilatație a vaselor superficiale, dar asupra vaselor inimii — coronarelor — nu are acest efect de vasodilatație și nici nu augmentează fluxul sanguin al rețelei coronariene. Într-un serviciu de toxicologie, la o clinică din Bulgaria, s-a observat că, consumul de alcool reprezentînd 4 grame pe kilogram/corp, produce tulburări grave în mecanismele funcționale ale inimii ; departe de a fi un remediu în durerile din angina pectorală, el provoacă și grăbește instalarea insuficienței coronariene ; 90% din perturbările cardiace la alcoolici se datoresc influenței directe în urma ingerării de alcool. Sub influența lui, fluxul sanguin cerebral crește, reducînd în același timp consumul de oxigen cerebral și rezistența vasculară la nivelul creierului,

Asupra mușchiului cardiac, efectul nociv al alcoolului va determina hipertrofia musculară, așa-zisa „inimă a băutorilor de bere“ din München sau „inima băutorilor din vin“ din Tübingen, care, ca orice hipertrofiere a miocardului va duce pînă la urmă la insuficiență cardiacă. La aceasta se asociază fenomene de disproteinemie ce afectează ficatul „foie de vin“, aceasta nefiind altceva decît hepatomegalia băutorilor de vin.

La nivelul aparatului digestiv, alcoolul va acționa în raport cu cantitățile și tipurile de băuturi alcoolice.

În general el declanșează o importantă secreție gastrică, dar săracă în tripsină ; stimularea secreției de acid clorhidric de către alcool va dăuna unui stomac patologic ; la fel ca și unui stomac sănătos, știind că la o concentrație de 10%, băuturile ingerate pot provoca gastrite acute de tip hiperacid. Date statistice, publicate în Bulgaria, atestă că 12% din cazurile de gastrite cronice și 36% din gastritele atrofice sînt de origine alcoolică. Băuturi cu o concentrație de 40° alcool sau mai tari sînt foarte iritante pentru mucoasa gastrică, ducînd la hiperemie congestivă și proces inflamator local. Utilizarea frecventă a băuturilor tari duce rapid la afecțiuni gastrice ; 4 din 10 băutori sînt posesorii unei gastrite și nu de puține ori devin ulceroși (în special ulcer duodenal). Consumul în cantități mari de alcool favorizează malignizarea unor leziuni preexistente sau agravarea unor leziuni active ale tractului gastrointestinal. Investigațiile făcute la o clinică de gastroenterologie pe un lot de 1 971 de pacienți cu ulcer gastric, au relevat faptul că 48 de cazuri s-au datorat consumului de alcooluri tari sau cantităților mari de vin și bere, restul avînd etiologii, ca : aspirină, stres, depresiune psihică, tabagism.

Medicina nu mai poate ignora nocivitatea alcoolului și în ce privește afecțiunile ficatului. Ciroza alcoolică reprezintă în Franța 83% din totalul cirozelor, iar în S.U.A. — între 50 și 75%. Consecințele oxidării alcoolului în ficat sînt printre altele creșterea sintezei acizilor grași care duc la esterificarea lor în trigliceride, surse ale steatozei. Blocarea galactozei împiedică neoglucogeneza protidică, cauză a hipoglicemiei alcoolicilor. Steatoza antrenează icterul colostatic și prin hiperlipidemie (declanșată de o insuficiență pancreatică) se ajunge la anemie hemolitică. Ciroza are un prognostic foarte sever prin complicații ca : ascita, hemoragii digestive, in-

suficiența hepatică gravă. Ciroza atrofică de origine alcoolică în faza a doua devine ascitogenă și se termină printr-o caşexie progresivă ce duce la moarte, de obicei în primii ani după apariția ascitei. Relația directă între morbiditatea ficatului și alcool este certă.

În anii cînd consumul de alcool scade, indicii de morbiditate sînt scăzuți. În timpul celui de al doilea război mondial, mortalitatea prin ciroză între anii 1944—1947 a scăzut la 6/100 000 locuitori față de aceea din preajma războiului (1939) cînd a fost de 35 la 100 000 locuitori Riscul cirozei apare la un consum de 60 g alcool cotidian la bărbat și 40 g la femeie, sub formă de băuturi tari sau la 1/2—1 litru vin pe o perioadă mai lungă de timp.

Un ficat sensibil, dureros și mărit ca volum, hepatomegalic, etse un semn obișnuit al etilismului, datorită retenției hepatice a albuminei și transferinei în microsoma celulei hepatice ; reflectarea fenomenului este scăderea indicelui proteinelor plasmatice în sîngele circulant. La un astfel de fiçat, sensibilizat în antecedente de o hepatită epidemică, riscul de a deveni insuficient și predispus la ciroză este de opt ori mai mare decît la un bolnav cu aceeași antecedente, dar neconsumator de băuturi alcoolice. O complicație frecventă a cirozelor este aceea a varicelor esofagiene, uneori cu hemoragii dificil de controlat. Alcoolul mai este incriminat în bolile pancreasului, în pancreatita alcoolică.

Statistica arată că jumătate din pancreatitele cronice cu recăderi le fac consumatorii de băuturi alcoolice. Fibroza progresivă și distrugerea țesutului glandular pancreatic este mai rapidă cu cît alcoolemia este mai ridicată ; bărbații sînt de șase ori mai afectați decît femeile. Alcoolul precipită atacuri dureroase, acutizînd formele cronice ale pancreatitelor.

De efectele nocive ale alcoolului nu este scutită nici funcția hematopoietică a măduvei spinării. La un con-

sum permanent de alcool, ce duce la o alcoolemie de 2—3 g funcția medulară este serios deprimată. Astfel consumatorii de alcool sînt mult mai sensibili la infecții. O cercetare privind infecțiile urinare în raport cu consumul de alcool zilnic, a arătat :

Categoria	*Nebăutori*		*Băutori*	
grame-alcool ingerat zilnic	—	20	40—59	peste 80
efectiv bolnavi	239	602	410	138
infecții genito-urinare %	10,9	14,0	15,4	28,3
uretrite %	—	7,3	8,5	21,7

Procentul infecțiilor genito-urinare este net mai ridicat în raport direct cu cantitatea de alcool consumată. Experiențe de laborator au arătat că funcția leucocitelor în prezența alcoolului *(in vitro)* este alterată și că în intoxicația alcoolică răspunsul imunitar hormonal și celular scade. De asemenea, infecțiile bronho-pulmonare acute și cronice, dar în special tuberculoza, au o incidență crescută la alcoolici. Notăm printre altele efectul negativ al alcoolului asupra acuității vizuale în sensul scăderii precoce a acesteia, este vorba de ambliopie. Aceasta este ignorată de cei mai mulți consumatori de alcool. S-ar părea că unii abuzează de alcool, iar la rîndul său, alcoolul abuzează de organism.

Dar mai sînt un număr mare de boli agravate prin consumul de alcool ; astfel, enumerăm : epilepsia esențială și cea jacksoniană, boala Hodgkin, traumatismele cranio-cerebrale, diabetul și altele.

Actul infracțional și alcoolismul sînt strîns legate ; statistica criminalistică și juridică prezintă dovezi clare

în acest sens., Abuzul de alcool generează acte infracționale ca : furturi, excrocherii, delapidări, insulte, violuri, agresiuni brutale, tentative de crimă și chiar crimă. Sub influența alcoolului, individul își pierde autocontrolul, inhibiția corticală scade, instinctele primare domină actul rațiunii.

Atît în alcoolismul cronic cît și în cel acut, tulburările de personalitate în sfera afectivă determină diverse psihoze cu caracter permanent, mergînd pînă la demența etilică. Ideile delirante, mania persecuției, duc la tentativă de crimă, în cadrul beției patologice. Studiind cazurile din serviciile de psihiatrie judiciară, s-a observat că cele mai multe crime au fost săvîrșite în stare de ebrietate, iar cazurile de recidivă în materie de furt, excrocherii și violență, se datorează unor indivizi cu antecedente de alcoolism.

Alcoolul este un factor determinant în 27—37% din cauzele de moarte violentă, fără legătură cu accidentele de circulație. Alcoolicii sînt cei mai reprezentativi în actul de sinucidere ; din 31 de bărbați și 37 de femei pacienți ai unui spital de psihiatrie, s-a constatat că 12 tentative de sinucidere la bărbați și 4 la femei au fost ale unor pacienți internați cu diagnosticul de alcoolism cronic ; ceilalți, respectiv 18 femei și 19 bărbați, deși nu aveau acest diagnostic, erau totuși consumatori de alcool.

Alcoolismul constituie o problemă medico-socială, în măsura în care, crește morbiditatea, duce la neînțelegeri între oameni, la invalidități premature, la mari pagube economice ; el constituie un factor criminogen influențînd sau chiar determinînd actele infracționale.

Consumul de alcool, referințe statistice, prognoza în problema alcoolului, aspecte economice

Paralel cu dezvoltarea medicinii social-preventive, concepțiile rigide asupra alcoolismului s-au schimbat și extins sub presiunea cercetărilor sociologice, psihologice și medicale. Statistica medicală a permis revizuirea problemei alcoolismului și abordarea ei prin prisma perspectivei și evoluției particulare pe care o determină. La ora actuală, alcoolismul trebuie privit ca un inamic pe care trebuie să știm să-l dominăm. O societate ce ignoră prognoza, previziunea și informația, cade ușor pradă drogurilor de orice fel ; singura atitudine constă într-o confruntare lucidă cu fenomenul. Statistica medicală asupra morbidității și mortalității datorate alcoolismului, în lumea occidentală, este un semnal și o platformă de unde putem lansa, la rîndul nostru, campania pluridimensională a luptei antialcool.

Prezervarea stării de sănătate rămîne primul mobil în cadrul medicinii preventive, în statul nostru.

Consumul de alcool crește vertiginos pe tot globul ; cauze economice și sociale, fenomene de insecuritate privind existența cotidiană, șomajul, criterii valorice arbitrare în promovarea cadrelor sau criterii prea pretențioase ; imposibilitatea economică de calificare prin studii superioare ; alimentația nerațională și insuficientă, abuzul de droguri, toate acestea fac ca într-o lume cu un sistem inechitabil, unde bogatul nu-și mai recunoaște semenul, acesta să caute prin alcool o evadare, un refugiu unde vai ! devine puternic și obține tot ce și-a dorit, tot ce a visat, confundînd visul cu

realitatea, singura speranță care i-a mai rămas. În S.U.A., alcoolismul ocupă locul patru după bolile cardiovasculare, bolile psihice și cancer. În Franța, în ce privește cauzele de mortalitate, locul trei. Consumul de alcool etilic față de acum 15 ani, a crescut pe glob cu 21%. Franța ocupă primul loc în lumea occidentală în privința consumului de alcool, urmată de Italia, R.F.G., Elveția, Australia, Belgia etc. În Japonia o vastă anchetă arată că în perioada 1966—1976, 80% din bărbații de peste 20 de ani erau băutori excesivi de alcool, iar 6,8% din populația spitalizată din marile orașe (Tokio și Osaka) era alcoolică. În Canada, la un spital din Toronto, la un număr de 6 500 bolnavi, din care 1 120 femei, la întrebarea dacă consumă alcool în mod permanent, 16,5% au răspuns afirmativ.

În 1975—1976, australienii au consumat 1 922 milioane litri de bere (la o populație adultă de 10 000 000) ; 168 milioane litri de vin și 16 milioane litri băuturi alcoolice tari ; în Italia, între anii 1941—1972, consumul de vin pe cap de locuitor a crescut de la 62 la 111 litri, iar consumul de bere de la 2—12,5 litri, în ce privește băuturile distilate, de la 300 ml, la 2 litri pe cap de locuitor.

În anul 1980 statisticile publică următoarele cifre privind consumul mediu pe locuitor exprimat în litri, *în cantități echivalente de alcool pur* : Franța 16 litri, Spania 15 litri, Portugalia 13 litri, Germania 13 litri, Ungaria 10 litri și Polonia 12 litri. În Polonia fiecare adult consumă 24 litri băuturi alcoolice din care 15 litri, vodcă, anual. În Ungaria găsim 1 alcolic la 20 de locuitori — în 1985.

În Belgia se consumă în medie 10 litri de alcool pur pe cap de locuitor, în R.F.G., 14 litri, în Franța în ultimii 2 ani, statistica declară : 4 500 000 de băutori excesivi, din care 2 milioane alcoolici înregistrați.

Francezii cheltuiesc pentru băuturi alcoolice a șasea parte din ce investesc în consumul alimentar (circa 13 milioane franci noi).

Între anii 1971—1975 în Elveția s-au băut :

— vin 284 800 litri
— cidru 41 500 000 litri
— bere 778 900 000 litri
— rachiu 33 900 000 litri

respectiv pe individ de peste 18 ani :

— vin 61,9 litri
— bere 104 litri
— rachiu 7,4 litri.

În Canada, provincia Quebec, 30—60% din populație sînt consumatori permanenți de băuturi alcoolice. În S.U.A., în anul 1972, au fost 100 milioane consumatori de băuturi alcoolice, din care 12 milioane alcoolici (în 1975 cifra a crescut la 25 milioane alcoolici). În Japonia, în 1976 au fost confirmați alcoolici 2 000 000 de indivizi.

În anul 1932 cantitatea de vin băut în țara noastră a fost de 1 973,5 mii tone, iar în 1933, o cantitate de 1 711,1 mii tone, față de 1 482,2 mii tone în 1979. Consumul de vin pe cap de locuitor și pe an fiind în medie de 35 litri.

Menționăm că o cantitate de 84,6 mii tone vin din recolta 1982 și 78,8 mii tone din recolta anului 1983 au fost exportate împreună cu alte băuturi alcoolice, menținînd prestigiul vinurilor românești, peste hotare.

Consumul de băuturi, intern, desfăcut prin comerțul socialist, a fost în anul 1979 de 29,6 mii vagoane, iar băuturile alcoolice (alcool și băuturi spirtoase) s-au vîndut în 1980 — 451,9 mii g/dl, față de 1970, cînd s-au vîndut 405,0 mii g/dl. Țuica și rachiurile s-au consumat de către populație în cantitate de 317,6 mii

g/dl, în anul 1980. Atît consumul de vin cît și cel de băuturi distilate, raportat la numărul populației de peste 18 ani, reprezintă, cantități semnificative de supraconsum, fapt ce duce la consecințe de ordin patologic, în rîndul unor categorii ale populației.

Din cifrele de mai sus reiese că alcoolismul este o boală cu caracter pandemic, că nu are granițe sociale și că se poate lua de braț cu fenomenul consumului de tutun.

Prognoza este gravă. Pagube imense în economia țărilor, absenteim din cauza bolilor, cheltuieli imense cu asistența medicală a bolnavilor.

Dar, alcoolismul se interferează acut cu problema spitalizării. Dacă medicul are de luptat cu o vastă patologie de origine microbiană, virotică sau genetică, la patul bolnavului cu riscuri de contaminare proprie, fără a schița nici cel mai mic gest de revoltă, cu totul altfel va reacționa în fața unor afecțiuni, datorate consumului abuziv de băuturi. Ceea ce îl revoltă în primul rînd este dramatismul stărilor de șoc traumatic cu invaliditățile lor consecutive. În al doilea rînd se constată creșterea numărului de paturi ocupate de politraumatizați în accidente de circulație provocate de conducătorii auto în stare de ebrietate.

Nu trebuie să omitem nici celălalt aspect al patologiei alcoolismului, ca intoxicațiile acute cu alcool, agresiunile corporale de la individ la individ în stările de beție etc.

Trebuie să mai notăm aici consecințele unei supraîncărcări parazitare a actului de muncă la personalul medical și auxiliar în detrimentul asistenței medicale a altor stări de boală. Statistica anului 1980 de la Spitalul de Urgență din București arată că pentru cele cîteva sute de internări de indivizi aflați în stare de

beție, au fost ocupate aproape 3 mii de zile de spitalizare, în care accidentele rutiere concurează cu intoxicațiile alcoolice, agresiuni, loviri etc.

Alcoolismul este de obicei degradant pentru individ, o infirmitate psiho-fizică și educațională, consumul alcoolului un gest de refuz la integrarea în aspectele culturii, progresului și civilizației contemporane ; o priveliște deprimantă care lasă o amprentă condamnabilă atît pe individ cît și pe societate din care face parte.

Consumul de băuturi alcoolice în țara noastră poartă sigiliul primitiv al unor tradiții încă de pe vremea geto-dacilor. În fond, cine se gîndea atunci, în afara consilierului lui Burebista, acel Deceneu, care proclamase distrugerea viilor în timpul războaielor... că vinul este dăunător ? Sau cine se mai gîndește azi, după ciocnirea unui pahar cu vin de Cotnari sau Murfatlar, că acesta ar conține în el germenul răului ? Cultivarea viței de vie, ca și consumul de vin au rămas o tradiție pe meleagurile noastre.

Vinurile românești, prin calitățile lor, au trecut de mult examenul, primind medaliile supreme de aur, la diverse concursuri internaționale.

Printre zonele viticole, de renume, în geografia țării noastre, menționăm :

1. Zona viticolă a dealurilor subcarpatice de sud, cu podgoriile : Drăgășani, Dealul Mare, Cotești.

2. Zona viticolă din centrul Transilvaniei (Bazinul Mureșului) cu podgoriile : Tîrnave, Alba-Iulia, Aiud.

3. Zona viticolă din vestul și nord-vestul Transilvaniei, cu podgoriile Oradea și Valea lui Mihai.

4. Zona viticolă a Banatului cu podgoriile de la Miniș și Arad.

5. Zona viticolă din șesul Dunării cu podgoriile : Greaca și Segarcea.

6. Zona viticolă a Dobrogei cu podgoriile : Murfatlar, Sarica-Niculițel și Ostrov.

7. Zona viticolă a dealurilor subcarpatice de răsărit, cu podgoriile : Odobești, Panciu, Nicorești, Huși, Vaslui, Cotnari și Iași.

Anuarul statistic al R. S. România pe anul 1978 ne arată că producția de vin brut a crescut în 1977 față de 1950 de trei ori de la 3 873 mii hl la 9 108 mii hl, iar cea de bere în aceeași perioadă a crescut de 15 ori.

În 1979 producția de vin : 8 869 mii hl.

producția de bere : 9 842 mii hl față de 7 918 mii hl în 1977.

Consumul de vin raportat la populația adultă a țării pe 1977 este aproximativ de 20 litri pe individ și pe an, cifră care se menține în 1979, iar cel de bere de 50 litri pe individ și an.

În comparație cu țările occidentale, consumul este net inferior.

Cifrele de consum privind băuturile alcoolice (vin-bere), comparabile cu țări ca R. F. Germania, Elveția, Franța pe cap de locuitor sînt mult inferioare la noi.

Indicii analitici din statistica internațională arată că doar 20—25% din totalul cirozelor hepatice nu sînt de etiologie alcoolică. Acești indici, comparativ cu R. F. Germania, Italia, Austria, Portugalia, Franța și altele, sînt mult mai scăzute la noi.

Alcoolul ca factor de risc și favorizant în același timp, se reflectă și în alte boli ca : bolile pancreatice cu indici de morbiditate 11,2 la 100 000 de locuitori ; boli digestive cu indicele de $181{,}7^0/_{0000}$ pentru gastrite și duodenite ; ulcer gastric $50{,}4^0/_{0000}$ locuitori, iar pentru ulcerul duodenal $265{,}7^0/_{0000}$. Alcoolismul ca factor

favorizant, asociat cu fumatul se reflectă în alți indici de morbiditate ca: tumori maligne ale laringelui 12,1%/0000 de locuitori, total tumori maligne ale aparatului digestiv 80,9%/0000 și tumori maligne pulmonare 32,8%/0000. Ca un indice comparativ, menționăm că în Suedia, pe anul 1977, la o populație adultă de aproximativ 5,5 milioane locuitori, s-au înregistrat un număr de 710 decese de ciroză alcoolică ascitogenă, din care 139 au fost femei.

Cultura viței de vie reprezintă, fără nici o rezervă, o bogăție naturală. Exportul vinului este unul din aspectele pozitive ale comerțului în cadrul economiei noastre naționale. O medalie de aur cîștigată la un concurs internațional nu este altceva decît o medalie, dar substratul acestui succes implică muncă, creație, știință și prestigiu de seamă pentru țara noastră, care poate concura competitiv cu țări ca Franța, Spania, Italia, cu o veche tradiție în vinurile renumite de ieri și de azi. Cotnarul, Murfatlarul, Tămîioasa românească, Băbeasca de Nicorești sînt doar cîteva etichete cu epoleții auriți.

Femeia și alcoolul

Asocierea celor două cuvinte pare ciudată... și totuși, alcoolismul nu mai este un privilegiu exclusiv al sexului tare.

Cu o frecvență din ce în ce mai crescută, alcoolismul s-a infiltrat și este prezent pe toate meridianele țărilor, în rîndurile sexului feminin.

Statistici din Franța, arată că din 100 de alcoolici, cel puțin 25 sînt femei. Ce este mai grav constă în aceea

că femeile preferă... băuturi tari 19% față de 1,3% bărbați. Din 4 000 000 băutori permanenți în Franța, 800 000 sînt femei (20%). Din cei 1 500 000 alcoolici înregistrați, 600 000 sînt femei.

Un studiu pe 9 000 femei gravide consumatoare de alcool, în Anglia (1975), arată că acestea au avut:

— metroragii în primul trimestru al sarcinii;

— copii prematuri (15%);

— frecvente malformații congenitale la nou-născuți.

Consumul abuziv de alcool de către viitoarele mame face ca șansele de a naște un copil cu indici psihosomatometrici normali să scadă sub 50%.

Copii cu rahitism, epilepsie, debilitate fizică, idioție, oligofrenie se găsesc într-un număr sporit la gravidele care au consumat alcool înainte și în timpul sarcinii decît la gravidele neconsumatoare de alcool.

Au fost cazuri de intoxicație acută și comă la sugarii alăptați de mame alcoolice.

Un fapt care agravează situația femeii gravide consumatoare de alcool este acela că în 97% din cazuri ele sînt și fumătoare permanente. Consumul de alcool în timpul gestației, favorizează apariția de cazuri cu microcefalie și hidrocefalie. Examene histopatologice la fetii decedați ai gravidelor cu antecedenete de alcoolism cronic, au decelat leziuni la nivelul scoarței cerebrale. La mamele alcoolice, fătul suferă de așa-zisul „sindrom alcoolic fetal".

Avorturile spontante în primul trimestru al sarcinii sînt frecvente la gravidele alcoolice.

Indicele de mortalitate infantilă și perimortalitate este la gravida alcoolică mărită. Efectele alcoolului înainte și în timpul gestației, în ce privește descendenții, sînt semnificative.

Din 700 copii înapoiați mintal, 30% au în antecedente unul din părinți alcoolici. Cînd ambii părinți sînt alcoolici, procentul se ridică cu 50%.

Alcoolul consumat de către femei este un factor de dezechilibru psihic și fizic; el compromite sănătatea femeii și distruge frumusețea nativ feminină.

În R.F.G. — din cei peste 1 500 000 alcoolici, 20%, deci 300 000, sînt din rîndul femeilor.

P. Lemoine și colab. descriu „sindromul alcoolic embrio-fetal" care se caracterizează prin malformații congenitale, hipotrofie intrauterină și deformații cranio-cerebrale la descendenții proveniți din părinți (în special mame) alcoolici.

Malformații cardiace ca :

— absența septului interventricular sau interauricular, tetralogia Fallot, persistența canalului Botal sînt frecvente la descendenții proveniți din mame consumatoare de băuturi alcoolice. În ce privește sfera genitală, pot apărea criptorhidia, hipotrofia testiculară sau clitoridiană etc. Este necesară o informație și educație obligatorie a viitoarei mame, cu ocazia eliberării certificatului prenuptial, precum și la vizitele și controalele prenatale ale parturientelor. Nu este de admis conceptul de graviditate lîngă cel al alcoolismului sau tabagismului. Este necesar deci să luăm toate măsurile și în acest sens în vederea asigurării unei natalități private de orice risc atît la mamă cît și la descendenți.

Intoxicația acută și cronică cu alcool

Intoxicația acută alcoolică (beția) diferă de la individ la individ, în diferitele grade de manifestare clinică.

Simptomele sînt în directă legătură cu concentrația alcoolului în sînge. Dăm mai jos unele corespondențe între cantitatea de alcool și concentrația lui în sînge.

Pentru a afla alcoolemia, alcoolul din sînge se împarte la 80% din greutatea corporală în kilograme. Exemplu : ingerarea a 100 g coniac de 40° egal 40 g alcool ; un individ de 60 kg care a băut 100 g coniac, are o alcoolemie de 0,83 g.

— 1 l de vin = 1 g/alcoolemie.

— 4 pahărele whisky = 1,5 g/alcoolemie.

Simptomatologia, la anumite concentrații de alcool :

— 0,5 g la litru de sînge corespunde clinic prin voalarea personalității, cu o ușoară stare de euforie ;

— peste 0,5 g la litru sînge și pînă la 1 g alcoolemie, echivalează cu tulburări de comportament, de echilibru și a funcțiilor motorii în general ;

— la 1,5 g/l sîntem în limitele beției ;

— peste 1,5 g/l de sînge, individul intră în comă alcoolică ;

— la 3,5—4 g/l sînge, se instalează moartea clinică.

Starea de beție se manifestă prin : agitație, confuzie mintală, pierderea echilibrului, somnolență progresivă ; trecerea spre starea comatoasă se remarcă prin stupoare, temperatură scăzută a corpului, respirație lentă sau profundă. Între starea subcomatoasă și comatoasă, individul este capabil de acte de violență, pe un fond acut anxios sau, din contră, poate deveni melancolic sau depresiv.

Intoxicația alcoolică cronică sau alcoolismul se datorește consumului frecvent și de durată fie și în cantități moderate a băuturilor alcoolice. Este tendința irezistibilă de a consuma alcool sau ceea ce numim toxicomania alcoolică.

Semnele clinice sînt :

— tulburări nervoase mintale și organice. Individul este euforic, bine dispus, caută să-și motiveze cu argumente „logice" comportamentul său. În general, pînă la urmă, devine neîncrezător, nesociabil, egoist, gelos, bănuitor ; are tulburări de memorie, devine laș, mincinos, ineficient profesional, complexat.

Complicațiile alcoolismului cronic sînt multiple ; notăm :

1. Delirum tremens este un episod psihotic caracterizat prin : halucinații vizuale și auditive ; bolnavul este într-o continuă stare de anxietate. Se instalează tremurături ale corpului, delir, se observă tendințe la sinucidere.

2. Psihoză Korsakoff — ea survine la un stadiu avansat de alcoolism cronic și se manifestă prin tulburări mintale grave.

Acestei psihoze îi sînt asociate : tulburări polinevritice la membrele inferioare.

3. Sindroame gastro-intestinale :

— gastrită acută și cronică

— ciroză alcoolică

— pancreatită acută și cronică.

4. Sindrom neuro-muscular.

— miopatie alcoolică acută și cronică.

Intoxicația cronică cu alcool este incompatibilă la individul cu relații sociale și profesionale normale.

Alcoolul și accidentele violente. Alcoolul la volan

Alcoolul este implicat în cea mai mare parte din accidentele violente fie rutiere — de circulație, fie de muncă, agresiuni corporale pînă la asasinat, toate acestea consecințe ale consumului abuziv.

Alcoolul, odată absorbit, trece repede din stomac în sînge.

Din acest moment, organismul, în totalitate, este scăldat într-un lichid impregnat cu alcool. Procentul de alcool din sînge reflectă de fapt procentul de alcool din organism. Astfel, 70 g de alcool pur sau 1 litru de vin de 10° băut de un individ de 70 kg, reprezintă în organism 1 g de alcool pe kg/corp. Această cantitate se poate doza într-un fragment de os sau creier, dar mai ușor este de dozat în sînge.

Eliminarea alcoolului se face prin respirație, urină și transpirație. Organismul elimină 0,10 g alcool pe oră (echivalentul unui pahar de băutură pe oră). Dacă am bea un pahar de vin, bere sau rom din oră în oră, teoretic, nu am avea alcool în sînge. Alcoolul se absoarbe foarte rapid cînd individul nu a consumat alimente ; acestea încetinesc absorbția alcoolului.

În stomac se absoarbe 20% din alcool și 80% în intestinul subțire. Cel mai rapid se absorb băuturile cu o concentrație în jur de 30°.

Alcoolul nu se acumulează în organism. El este combustionat în proporție de 95%.

Conducătorii auto, necunoscînd procesul de metabolizare al alcoolului în organism, cred eronat, că dacă consumă alcool seara și dorm două ore, sînt apți pentru a se urca la volan. Cei care au consumat băuturi pînă la o alcoolemie de 1,5‰ au nevoie de aproximativ 10 ore de odihnă.

Cele mai frecvente accidente violente sînt cele din circulația rutieră. Șoferul care conduce sub influența alcoolului, un vehicul mare sau mic, este o dublură denaturată a personalității sale.

Unii, în mod premeditat, consumă alcool spre a „anula stresul la volan, timiditatea sau nesiguranța...

În aparență, șoferul alcoolizat se simte mai destins, nu mai este timorat, dar în același timp el devine mai puțin prudent, nu observă la timp sau uită interdicțiile, devine curajos și agresiv. Alcoolicul la volan nu-și dă seama că timpul de reacție al acțiunilor sale — ca răspuns la o excitație acustică sau vizuală — se prelungește în medie cu 35% (între 10—80% de la individ la individ). Cîmpul său vizual este îngustat ; percepția distanțelor perturbată ; el devine indiferent la evenimentele exterioare ; se crede singur pe șosea.

Alcoolemia de :

— 0,5g‰ mărește riscul accidentelor de trei ori ;

— 1 g‰ — de cinci ori, iar 3‰ de 55 de ori.

Alcoolul nu a calificat niciodată șoferi corecți sau promoții de „așa ai volanului".

Deși zilnic, un număr impresionant de șoferi profesioniști sau amatori își pierd viața ori devin infirmi parțial sau total din cauza alcoolului, alcoolul continuă să jaloneze cu cruci traseele circulației rutiere.

Statistica din 1974 arată că pe autorutele noastre peste 140 de indivizi și-au pierdut viața, iar cîteva sute au fost răniți. În timp de nouă luni au fost descoperite 26 930 cazuri de conducători auto sub influența alcoolului (cu 28% mai mult ca în 1973) ; în același timp s-au produs 1 330 infracțiuni de conducere a automobilelor de către șoferi ce aveau o alcoolemie de peste 1‰ (cu 4,5% mai mult decît în 1973). Deci, în fiecare zi s-au comis 100 de contravenții și cinci infracțiuni de conducere.

În fiecare zi, conducătorii auto au pus în primejdie viața lor, a celor pe care îi transportau și a pietonilor.

Riscul de accidente se dublează de cîte ori cantitatea de alcool în sînge crește cu 0,2‰. În două sticle de bere se găsește, ca și într-un pahar de vin sau vermut, alcool, care produce o alcoolemie de 0,5‰ — echivalentă cu nesiguranța gravă de conducere a unui vehicul.

În Franța, accidentele de circulație se datoresc, în proporție de 40%, consumului de alcool. O statistică pe 378 de accidente de circulație violente, a arătat că 38% din responsabilii accidentelor mortale aveau o alcoolemie de peste 0,8 g‰. Din 100 de victime, 55 au fost chiar șoferii, 21 ocupanții mașinilor și 24 pietonii. Deci, 45% din victimie au fost persoane nevinovate. În 1977, în Belgia s-a constituit o campanie care cerea pedepsirea automobiliștilor care conduc sub influența alcoolului, cu retragerea pe viață a carnetului de conducere.

Accidentele de circulație rutieră dau un procent impresionant din cauza alcoolismului. Astfel, din totalul accidentelor violente, accidentele de circulație au reprezentat în Franța 59%, în S.U.A. 46%, în țările scandinave 44% (este vorba de accidente sub influența unei alcoolemii crescute).

În țara noastră accidentele au crescut proporțional cu creșterea numărului de vehicule. Ele se datoresc în mare măsură alcoolemiei crescute la conducătorii auto. H.C.M. 772/1966 reglementează circulația pe drumurile publice, sancționînd prin art. 45 pct. 3 conducerea sub influența băuturilor alcoolice, de la 1 000 la 2 500 lei, sau suspendarea definitivă a permisului de conducere la a treia abatere. Legiuitorul trebuie să țină cont că o creștere a numărului de accidente rutiere, reclamă sancțiuni mai drastice, iar conducătorul auto să nu uite că nu se poate bea și conduce mașina.

Măsuri și mijloace de luptă antialcool. Medicina preventivă în problema alcoolului

Avînd în vedere cele discutate pînă acum, considerăm necesar intensificarea și diversificarea campaniei împotriva alcoolului.

Dintre cafea, tutun și alcool, ultimul este drogul care duce cel mai repede la dependență fizică. Odată obișnuit cu băutura, alcoolicul va fi în același timp prietenul și sclavul ei.

Ce interesează medicina preventivă din problema alcoolismului, este stadiul primar sau prealcoolic ; aici trebuie să intervină voința și autocontrolul consumatorului de alcool, un pas sau mai bine zis... un pahar, mai încolo, este stadiul de instalare al beției, care deschide drumul spre intoxicația cronică. Faza prealcoolică se caracterizează printr-o stare de bine, de confort, de dezinhibare psihică. Adevărata acțiune de prevenire, ideală, este realizarea unei abstinențe totale ; viitorul sau eventualul amator de alcool să fie în așa fel convins de nocivitatea alcoolului, mergînd pînă acolo, încît să nu-l guste și nici să nu aibe curiozitatea de a-l gusta. În fond, invitați prietenul dv. la un păhărel de tinctură de iod... O să vă refuze categoric, deși nu a gustat niciodată din ea... De aceea, dacă așa ceva este ideal și deci mai greu de realizat, să reușim cel puțin să-l oprim pe „amator" la timpul potrivit.

Deci, prin informație și educație, să începem cu o acțiune susținută în ce privește limitarea consumului, la cei ce consumă și proiectarea spectrului nefast și neiertător, în fața celor tentați, cu o clipă înainte de a le paraliza voința.

Printre obiectivele pe care acțiunea de informare și educație și le propune, trebuie să facă parte și antre-

narea opiniei publice, care este obligată, la rîndul ei, să facă o mutație de conștiință de la interesul pentru informația măruntă cotidiană la care apleacă urechea din obișnuință, la receptivitatea pentru probleme mari sociale, în care este implicată integral. Este necesară însă o participare colectivă, căci în fața unei probleme care interesează întreaga colectivitate trebuie asociată o campanie de informație și demonstrație de masă.

Educația trebuie să aibe la bază un material vast de informare specific, care să zdruncine unele obiceiuri profund înrădăcinate, să clarifice tot ce e deformat în unele tradiții care se manifestă frecvent și să posede arme invulnerabile, eficiente în lupta contra unor prejudecăți legate de alcool.

Printre măsurile care se pot lua, enumerăm :

— o largă educație antialcool în familie, școli, facultăți, fabrici, și alte instituții publice sau colectivități ;

— o metodă de repaus activ printr-o justă planificare a timpului liber, vizînd activități cultural artistice și sportive ;

— menținerea unui orar de desfacere a băuturilor alcoolice, care să nu interfereze timpul esențialmente productiv al activităților economico-sociale ;

— contraindicațiile consumului de alcool să fie nu numai pentru bolnavi, ci și pentru individul sănătos ;

— limitarea accesului la băuturi alcoolice, precizîndu-se în același timp că nu numai cantitatea mare poate fi nocivă, ci și consumul moderat dar consecvent poate duce tot atît de repede la alcoolism ; măsuri restrictive privind limita de consum la persoane sub 18 ani ;

— lărgirea sortimentelor de băuturi nealcoolice și aprovizionarea permanentă a tuturor unităților comerciale prin standuri sau plasarea de automate, pentru autoservire.

În 1978, consumul de alcool în Danemarca a ajuns la cifra impresionantă de 18,5 litri alcool pur pe cap de adolescent pe an. Guvernul a luat măsuri rapide privind raționalizarea alcoolului, care conform prevederilor legale nu trebuia să depășească :

— 3 sticle de vin pe lună ;
— 1/2 sticlă de alcool tare și
— 24 sticle de bere.

Corelația între cifra de desfacere și consumul pe cap de locuitor a raționalizat abuzul, protejînd în același timp starea de sănătate a populației.

Din anchetele întreprinse în unele țări s-a constatat că milioane de indivizi consumă băuturi alcoolice, fără a cunoaște nimic despre consecințele nefaste ale acestui drog. În țara noastră, acțiunea de luptă împotriva alcoolului trebuie intensificată și readusă la zi.

Sistemul nostru politico-social posedă toate elementele necesare ca această acțiune să reușească pe deplin. Este de dorit ca această luptă să se axeze pe concomitența unor droguri care se potențează reciproc.

Lupta antidrog este un aspect al eticii zilelor noastre. Alcoolismul nu este compatibil cu formația cultural-politică a omului de tip nou — omul zilelor noastre.

BIBLIOGRAFIE

1. * * * — Anuarele statistice ale R.S.R., 1978—1985. Dir. Centr. Statistică.
2. * * * — Alcoolisme et toxicomanies, Vie Canad. franç., 1972, 1, 10.

3. BEREK J. E., GUTH P. H. — Chronic pancreatites, J. Clin. North Amer., 1970, 54, 479—92.
4. * * * — Current diagnosis and treatment, Ed. Lange medical publications — California, 1973, p. 881.
5. CLARKE J. — Same aspect of intellectual deficit and depression in heavy drinkers, J. irish. med. ass., 1976, 32.
6. ISLAM M. — Effect of ethanol on the metabolism of the blood cell. Physiol. Biochem., 1975, 5, 224—251.
7. JACOBSEN E. — The metabolism of ethyl alcohol. Farmaco Rev., 1952, 4, 107—135.
8. JELLINEK W. — The alcohol factor in violent deaths. Amer. Pract., 1953, 4, 21—24.
9. KENNETH I. ș.a. — Descendents of alcoholic mothers, Lancet, I, 1974, 7 866, 107—178.
10. * * * — La prophylaxie de l'alcoolisme, Med. Hyg., 1978, 1 284.
11. * * * — L'alcoolisme et l'opinion publique, Le concours med., 1979, 93, 15, 2 831—32.
12. P. MÜLLER — L'alcool au volan, Le concours med., 1979, 93, 10, 1 227—32.
13. MARTIN A., BOYCE G. DAVID — Alcool, tabac et infections genitourinaires masculines, Rev. Epid. Santé publique, 1979, 25, 209—213.
14. MIHĂILĂ I. — Alcoolul și capacitatea de muncă, Rev. Munca Sanitară, 1972, 8.
15. MICHEL M. — Alcool et santé, J. med. de Montpellier, 1972.
16. MITELWAN F., WADSTEIN J. — Chromosome aberrations in chronic alcoholics, Lancet., 1978, 216.
17. * * * — Myocardiopathies alcooliques, Presse med., 1969, 77, 41.
18. KAMINSKY M. ș.a. — Consumul de alcool la femeile însărcinate, Rev. Epidem., 1976, 24, 1, 27—40.
19. KANNEL W. B. — Coffee cockteils and coronary candidates, New Engl. J. Med., 1977, 297.
20. KERNBACH V. — Alcool și drog, ritualele primitive, 1978.
21. NEUMAN H. W. — Acute alcoholic intoxication, Standford University col., 1941.

22. * * * — O.M.S. public. nr. 32, 1978 — Incapacités liées à consommation d'alcool.
23. RISTON B. — Personality and prognosis in alcoholism, Amer. J. Psychat., 1968, 125, 31—34.
24. SPAIN D. M., BRADES M. — Alcohol and violent death, J. Amer. Med., 1951, 146, 334—35.
25. TRANERS D. J. — Analysis of alcohol in Australia. Aust. J. Alc. Drugdepend, 1976, 3.
26. VERNET J. — Prevention des malformations : l'alcool est un poison tératogène, Med. Hyg., 1977, 35, 1 227, p. 474—77.

2. TUTUNUL

Istoric, răspîndire geografică

Tutunul este o plantă care face parte din familia Solaneelor împreună cu... cartoful și pătlăgica roșie. Botanistul Linné a clasat și denumit planta — *Nicotina tabacum* — specia Nicotiana. Ea crește într-un climat temperat și cuprinde 50—60 de specii diferite. Tutunul a fost cunoscut pentru întîia oară de indienii din America. Ei îl preparau prin uscare sau macerație și era folosit ca otravă pentru săgeți, fie ca articol de cult la ceremoniile rituale. La unele popoare ale Americii, planta era folosită ca medicament împotriva viermilor intestinali, contra mușcăturilor de șerpi sau ca afrodisiac. În secolul al XV-lea, tutunul se „fuma" de către șefii triburilor la așa-zisa ceremonie „pipa păcii", într-un moment ce se voia să fie solemn, simbolizînd pacea, un fel de semnătură de azi pe un tratat de neagresiune. În anul 1494, o echipă de corăbieri spanioli sosind în insula Cuba, au observat că localnicii fumau o buruiană (de fapt plantă... e un eufemism) care prin ardere răspîndea un fum albăstrui — era tutunul sălbatic.

Ulterior, prin anii 1520—1530, spaniolii au cultivat tutunul în Cuba și San Domingo (actuala Republică Dominicană, insule în Marea Caraibilor sau Marea An-

tilelor) cu ajutorul sclavilor negri aduși din Africa. În Spania și Portugalia, tutunul apare în a doua jumătate a secolului al XVI-lea, ei fiind primii europeni care i-au cunoscut gustul.

Din Spania, tutunul ajunge în Franța prin Jean Nicot în 1558, ambasador în Portugalia, de la acesta a rămas pînă azi denumirea principalului alcaloid din tutun, nicotina și numele unei specii, nicotiana.

Ajuns în Franța, tutunul se răspîndește de aici în toată Europa. În Franța, în timpul regelui Ludovic al XIII-lea, ministrul și Cardinalul Richelieu — înființează primul impozit pe tutun printr-un edict în anul 1629. Colbert, ministru de finanțe în timpul lui Ludovic al XIV-lea, declară în 1661 privilegiu regal fabricarea și vînzarea tutunului.

În 1810, Napoleon înființează monopolul de stat asupra tutunului, care a rămas pînă azi.

În continentul american, coloniștii veniți în 1615 (în teritoriul de azi Virginia), descoperă o plantă, tutunul, pe care o cultivă și o trimit în Anglia, în cantități din ce în ce mai mari ; în secolul XX, acest tutun este renumitul tutun de Virginia.

Destinul acestui drog a început prin a-i fi favorabil, căci în scurt timp el devine „panaceu universal“ și întrebuințat ca „ceva“ bun pentru toate relele ; zilele lui de glorie sînt atunci cînd, în preajma secolului al XVIII-lea, este folosit ca medicament ; de la fumigațiile vaginale, la ingredient în alifiile antireumatice sub diverse denumiri ca : iarba sfîntă, iarba sfintei cruci, *erba Mediccea* de la curtea de Medici — Italia, el cucerește votul celor bogați și al săracilor deopotrivă. Răspîndirea lui este rapidă și popularitatea atît de mare încît chiar și distanța de la un sat la altul se măsura în „lulele“... deci se călătorea și se fuma. Expresii ca „drum de trei

lulele“ sînt cunoscute și menționate în hrisoave. S-ar părea că fumatul cu pipa era la loc de cinste, ca apoi, țigara de foi să-i ia locul. Cît despre țigara de astăzi, se spune că a fost inițial „improvizată“ de un ofițer francez, cînd și-a introdus tutunul într-un tub de hîrtie, în care se ținea praful de pușcă... De atunci se fumează mereu, încît pare firesc să fii fumător.

Destinul tutunului pare mai precar de cînd în 1954 Hammond și Horn, în J. Amer. Med. Ass. pun definitiv semnul egalității între fumat și unele boli ale aparatului respirator și cardiovascular.

Congresul internațional al nicotinei din 1964 la Stockholm și Conferința inițiată la New York în 1967 de către Council on Smoking and Healt din S.U.A., au fost două din multele manifestări ale lumii științei medicale împotriva tutunului, considerat de atunci ca inamic public nr. 1 al condiției umane. Astăzi fumatul și tabagismul este considerat o maladie care are toate caracteristicile unei epidemii sau mai precis pandemii a secolului și studiate ca atare. Flagel al lumii contemporane, trebuie să recunoaștem cu părere de rău că fumatul face parte din existența noastră cotidiană, fiind un aspect al „stilului“ de viață modern ; aceasta, fără a fi cinici, într-o societate de fumători, care trăiesc, muncesc și se repauzează într-o „atmosferă tabagică“.

Ca un apendice la acest capitol, vă vom reda mai jos primele informații despre tutun în scrierile din țara noastră, atît pentru descrierea nuanțată și originală a istoricului tutunului cît și pentru clarviziunea unui om de știință, cu studii strălucite în străinătate, românul Ion Ionescu de la Brad, specialist inginer agronom, scrisă cu mai bine de 150 de ani în urmă.

Citäm ad-literam :

...„Trei soiuri de plante ne-au venit din America, dintre care porumbul și cartoful sînt darul cel mai prețios, iar tutunul s-a făcut așa de vătămător omenirii ca și minele de la Peru ce au înavuțit și ticăloșit pe spanioli".

„Tutunul s-a adus din America pe la mijlocul veacului al XVI-lea de către călugărul roman Pane, mai întîi în Portugalia sub numele de tabac, după numele unei insule din Antile, Tabago ; din Portugalia, ambasadorul Franței, în cinstea căruia s-a și numit această buruiană, nicotina, a trimis tabac crăesei Ecaterina de Medicis, care atît îl iubi încît francezii îl numiră cîtva timp „la poudre de la reine" (praful crăiesei) — (e vorba de tutunul făcut pulbere pentru a fi prizat pe nas). Cardinalul Santa Croce îl introduce în Italia, unde atît de mult gîdili nasul italienilor, încît aceștia, în vuetul strănuturilor înălțau cu mulțumire numele cardinalului alături de acel al tabacului".

„Fiecine știe azi, că tutunul aduce la acei care nu sînt deprinși cu dînsul, amețeală, durere de cap, greață, vărsat și treapăd, o slăbiciune nespusă, un leșin la inimă, un tremur în tot trupul cu sudori reci ; semne destul de doveditoare că buruiana aceasta este o otravă pentru corpul omenesc, pentru care a și intrat în rîndul buruienilor narcotice sau otrăvitoare. Urmînd cu întrebuințarea lui, sus-arătatele simptome lipsesc, dar trupul slăbește și se usucă și de va fi pieptul ceva slab și vîrsta la care am început a fuma tutun tînără, prindem la oftică, o boală care totdeauna numai cu stingerea vieții se sfîrșește".

„O plantă atît de vătămătoare ca tutunul s-a lățit în curînd cu cea mai mare repeziciune prin toate țările,

în timp ce cartoful, ca cea mai folositoare, a străbătut în cultură cu cea mai mare greutate, precum se întîmplă tuturor lucrurilor folositoare și bune ; așa vedem și la noi că românul nu numai lucrează și pregătește cu cea mai mare desăvîrșire tutunul, dar apoi și aduce tutun de prin alte țări, în timp ce cu cartofii se îndeletnicește numai pentru a scoate vătămătorul rachiu. În Franța mai întîi s-au sculat împotriva tutunului doftorii, ca cei mai luminați ; acolo vestitul Fagon, spre a împiedica molipsitoarea lățire a tutunului ce cuprindea toate clasele societății, a sprijinit în public o teză în care se arătau primejdioasele urmări ale acestei plante ; însă, interesul ce îl avea la curte l-a îndemnat a încredința sprijinirea tezei unui alt doftor ce era foarte aspru judecător, însă carele cît a ținut ședința neîncetat sta cu degetele la nas și nu da două de la tabachere (priza tabac). Ascultătorii nu se putură opri de a rîde, și așa dinaintea lor a pierit sfaturile ca și fumul ; dovadă că poporul nu se uită la cuvinte, ci la fapte !"

„Nimeni din cei ce au o judecată sănătoasă nu se îndoiesc nicidecum că atît tabacul (pentru prizat), cît și tutunul, este vătămător sănătății și pungii".

„Aceasta și mai înainte s-a cunoscut de aceea și ocîrmuirile și biserica s-au luptat împotriva acestei plante. Așa, de pildă, sultanul Amurat osîndi la moarte pe acei ce fumau ciubuc. În Rusia se tăia nasul, ca organul cel vinovat, a acelor ce trăgeau tabac. În Italia Papa Urban al 8-lea afurisi pe acei ce trăgeau tabac, iar în Franța la fel. Pe atunci, nefiind tabachere, se scotea păpușa de tutun și răzătoarea din buzunar și se rădea cît trebuia, spre a se umple nasul. Iacob I, rege al Angliei, numit și „Solomonul Marei Britanii", la 1693 a publicat o scrisoare asupra acestei plante și, neînjo-

sindu-se a intrat în lupta cu tabagii și cu tutungii, îi tratează cu mare asprime, zicînd :

— Acest obicei rău, urît la vedere, scîrnav la gust și puturos, primejdios creerilor, vătămător pieptului, prefăce nasul tabagiilor într-un izvor nesecat a cărei putoare și necurățenie insuflă greață tuturor, iar gura și nasul tabagiului în niște hogeacuri din care fumegă puhoaie mari de putori așa de amarnice și vătămătoare, ca și cînd ar fi eșit din tartar".

...Inutil orice comentariu.

Compoziție chimică, substanțe nocive

Cercetătorii din laboratoare au reușit aproape 100% să identifice compoziția chimică a tutunului, a frunzei de tutun și chiar a fumului de tutun.

Pe grupe și subgrupe ele sînt :

1. Alcaloizi
— nicotina
— nornicotina, dibenzoacridina
2. Hidrocarburi
— benzopyrenul 3—4
— dibenzoantracenul
3. Terpene și esteri
4. Fenoli
5. Particule de insecticide arsenicale
6. Particule radioactive
— poloniu 201
— carbon 14
— radium 226, 228
— thoriu
— potasiu 40
7. Monoxid de carbon, CO_2, N_2 etc.

8. Acid cianhidric
9. Acizi organici
10. Cetone
11. Glucide (celuloză, pectine, zahăr)
12. Compușii metalici (cobalt, nichel)
13. Virusuri (al mozaicului tutunului).

Din substanțele de mai sus, cele de la numerele 2, 3, 4, 6, 12 sînt stigmatizate prin acțiunea lor cancerigenă sau precancerigenă sau prin acțiunea tumorigenă la nivelul pielii, mucoaselor sau a plămînului.

Fumul de țigară rezultă din arderea incompletă a tutunului la o temperatură de aproximativ 850°C. El este un aerosol ce conține particule în suspensie, un amestec heterogen, de mărimea a 0,1—0,8 microni. Un eșantion de fum are aceeași densitate în particule ca și ceilalți aerosoli poluanți (ex. : gazul de eșapament 5×10^9 particule pe ml aerosol).

Dintre substanțele cele mai nocive enumerăm :

— nicotina (într-o țigară se găsește 1,5% nicotină) ;

— oxidul de carbon (4%) ;

— substanțe cancerigene (în număr de 479—600 în fumul de țigară, prin combustia tutunului) ;

— gudroane (benzopyrenul provenit din arderea hîrtiei de țigară, responsabil și de îngălbenirea dinților și a degetelor) ;

— substanțe iritante din fumul de țigară (bioxidul și peroxidul de azot) ;

— derivații de cobalt și nichel (se găsesc în fumul de țigară în concentrații de cîteva mii de ori mai mari decît în mediul industria l pe 24 de ore) ;

— substanțe aromate (folosite în tehnologia țigărilor).

Din substanțele nocive, libere sau combinate, care circulă în sîngele fumătorului, cel puțin unsprezece sînt cancerigene.

Sîngele fumătorilor conține cu 20% mai mult oxid de carbon decît cel al nefumătorilor (o lipitoare aplicată pe tegumentele unui fumător va fi ucisă prin toxicitatea sîngelui ingerat).

Un centimetru cub de fum de țigară conține 500 milioane de particule funingine. Cercetătorul Martell din Colorado — S.U.A. a detectat în jurul culturilor de tutun emisiuni de radiații alfa și beta, provenite din poloniu 201 și Pb 40 din tutun. Se presupune că aceste substanțe pot fi extrase din pămînt, prin rădăcini sau din atmosferă, ajungînd în tutun pe calea frunzelor. Recent s-a descoperit o substanță în frunzele de tutun, o proteină, rutinul, care activează o componentă a sîngelui, factorul XII, cu acțiune indirectă în procesul de coagulare a sîngelui, în formarea cheagurilor. Efectele acestor substanțe asupra organismului sănătos sau bolnav sînt arătate în alt capitol.

Produs de consum, tendințe de consum în secolul XX, aspecte economice

Există un paradox pe care psihologii și sociologii nu reușesc să-l elucideze ; este paradoxul născut între consumul exagerat al tutunului, în produse de tutun și inutilitatea acestuia ca articol de consum. Obiectivitatea ne obligă să definim tutunul ca o plantă nefolositoare, fără valoare nutritivă, care nu are calități terapeutice, care nu sporește coeficientul de inteligență, nu înfrumusețează, nu fecundează inspirația artistică și nu

aduce cu sine nici mărac o doză homeopatică de energie. Ce cumpără de fapt consumatorul ?

Să fim sinceri, el cumpără pe bani buni, doar... fum.

Privită prin prisma logicii, problema pare de neînțeles, bizară. De ce atîta încăpățînare la un atare schimb, la o afacere fără nici un cîștig și de unde atîta naivitate ?

Oare fumatul, acest „tic modern", declanșat de cele mai multe ori de germenele curiozității, de irezistibilul gest al imitației, devine atît de posesiv, odată contactat, prin mecanisme pe care tot arsenatul fiziologiei nu le poate împiedica la timp ?

Care aspect sociologic sau din ce unghi al personalității pornește acel determinism capabil să facă dintr-un fumător ocazional un fumător permanent ? Vom încerca să dăm un răspuns ; pînă atunci, să abordăm problema consumului.

Producția mondială, pe ultimii ani, a crescut vertiginos ; nimeni nu mai poate contesta că cererea este din ce în ce mai mare. În 1977, producția mondială a fost de 5 milioane tone tutun foi, iar procentul de creștere cu 5% s-a menținut în fiecare an.

După cel de-al doilea război mondial, producția de tutun a crescut, în țările dezvoltate, cu 40%, iar fabricarea țigărilor cu 50%.

Se apreciază că peste 75% din populația globului fumează. Consumul pe glob a fost în ultimii 2 ani, de 83,3% (la 100 locuitori).

În țările occidentale fumează 50% dintre bărbați și peste 25% dintre femei. În Statele Unite, bărbații și femeile fumează în aceeași proporție ; 25% din femeile fumătoare depășesc un consum de 20 de țigări pe zi, iar în grupa adolescenților se fumează în proporție de 20% pentru bărbați și 12% pentru fete. În S.U.A., tineretul

fumează în medie 11 țigări pe zi ; femeile adulte care fumează reprezintă 29% din total, procent care în 1976 a crescut cu 15%. Creșterea producției de tutun în S.U.A. a determinat pomparea exportului în toate țările din lume. Exportul a crescut în 1978 cu 9% față de anii 1976—1977, atingînd nivelul record de 66,8 milioane țigări. În primele 4 luni ale anului 1978, exportul s-a ridicat cu 10%. Nu este de mirare cînd numai pentru publicitate și reclamă vizînd comercializarea țigărilor în S.U.A. se cheltuiesc în fiecare an, peste 250 milioane de dolari. Vînzarea de tutun foi, în țările din Europa se cifrează la peste 300 mii de tone pe an.

În S.U.A., printre consumatori figurau și medicii cu un procent de 30%, care s-a diminuat cu 5% în ultimii 2 ani, datorită propagandei antitutun inițiată de guvern. În Franța, cifre statistice arată că 43% din bărbați sînt fumători, iar dintre femei fumează numai... 40%, tineretul nelipsind și el cu rotunda cifră de 18%. S-ar părea că cel puțin în problema fumatului femeile au cîștigat războiul în ce privește egalitatea între sexe. În Franța, în afară de fumătorii de țigări, 17% fumează „pipă", iar peste 600 de tone de tutun este „prizat" și 500 tone tutun mestecat... Va veni oare timpul cînd o să fie uns pe pîine ca untul ?

Statistica O.M.S. (Organizația Mondială a Sănătății) comunică următoarele cifre privind consumul de țigări pe an și pe cap de locuitor din unele țări, între anii 1976—1977 :

— Franța	1 500	țigări
— S.U.A.	4 000	„
— Canada	3 400	„
— Elveția	3 000	„

Se preconizează cifre din ce în ce mai ridicate...

În țara noastră cifreie statistice din Anuarul Statistic pe 1978 arată următoarele :

Producția de tutun în R. S. România a fost de 32 mii tone în 1978 și 35 mii tone în 1979. În țara noastră cifrele statistice arată că la populația cuprinsă între 15—75 de ani consumul pe cap de locuitor și pe an se ridică la 2 100 țigări.

Aspectul economic al consumului de tutun este semnificativ dar, dacă ținem seama de aspectele negative, ca indicele de morbiditate și mortalitate crescut la boli unde factorul de risc principal este tutunul, atunci vom vedea că în termen lung costul ridicat pentru îngrijirea bolnavilor unde tutunul este implicat direct va fi mai mare decît beneficiul, venitul realizat din vînzarea produselor de tutun și aceasta fără a mai ține cont de blocarea mîinii de lucru la cultura tutunului, fără a mai pune la socoteală absenteismul în producție din cauză de boală sau incendiile provocate de către fumători prin neglijență. În Anglia, un studiu statistic relevă că anual aproximativ 50 000 000 zile de lucru se pierd din cauza bolilor provocate de tutun și peste 30 000 de oameni, între 35 și 55 de ani, mor prematur de cancer pulmonar, privind economia țării de brațe de muncă și specialiști, fără a mai socoti alți 30 000 de bolnavi cronici cu bronșite tabagice și emfizem pulmonar. Un exemplu, la individ ne va arăta ce înseamnă a consuma tutun de dragul consumului privitor doar sub aspectul economic.

Un fumător, la vîrsta de 50 de ani, care a început să fumeze la 16 ani, a reușit să treacă prin plămîni fumul a peste 1/4 de milion de țigări ; calculînd costul lor doar la 10 lei pe zi, în cei 35 ani, ca fumător permanent, dependent fizic, a cheltuit suma de 130 000 lei,

costul unui apartament cu două camere și anexe, mobilat ; sau, dacă vreți, costul unui automobil lux și plata asigurări pe 20 de ani.

...Errare humanum est ?

Efectele consumului de tutun asupra organismului. Morbiditatea și mortalitatea. Factor de risc

Motto :

„Țigara este un instrument al morții, în fața căruia neutralitatea nu e posibilă".

O.M.S. — Organizația Mondială a Sănătății

În acest capitol vom vedea în ce măsură acest instrument al morții devine real și nemilos în hlamida atît de transparentă a fumului de țigară. Trăind în secolul statisticii, al observației și experimentului, era firesc ca unele incidențe între fumat și o seamă de boli să suscite atenția cercetătorilor spre a elucida și răspunde integral la toate întrebările pe care le ridică acest fenomen ; rezultatele au fost o surpriză atît de impresionantă încît lumea medicală a fost obligată să tragă primul semnal de alarmă.

Într-adevăr, neutralitatea nu mai este posibilă, în condițiile în care medicina este chemată să păstreze și să prevină starea de sănătate a indivizilor. Cifrele cele mai alarmante au fost acelea care stabileau o corelație evidentă între abuzul de tutun și cancerul bronho-

pulmonar ; 96% din cei cu cancer pulmonar erau fumători, care în medie fumau 10—20 țigări pe zi, de mai mulți ani.

O statistică efectuată în Anglia pe 5 000 de bolnavi cu cancer pulmonar, demonstra că proporția deceselor prin această boală, crește direct cu numărul de țigări fumate.

Astfel, la un număr de 10 000 decese prin cancer pulmonar, legătura între cifra îmbolnăvirilor și consumul de țigări a fost :

Decese la nefumători	— 1,4
Decese la fumători pînă la 15 țigări/zi	— 5,9
Decese la fumători pînă la 15 țigări/zi	— 13,5
Decese la fumători pînă la 25 țigări/zi	— 16,7
Decese la fumători pînă la 50 țigări/zi	— 29,5
Decese la fumători cu peste 50 țigări/zi	— 47,5

Deci, riscul este proporțional cu cantitatea de tutun consumată.

Durata sau — speranța de viață — la indivizii care fumează de la 20 ani un pachet de țigări pe zi, este cu 5 ani mai scurtă decît la nefumătorii de aceeași vîrstă, iar la un consum de 40 de țigări pe zi, durata de viață este cu 8 ani mai scurtă.

Douăzeci de țigări pe zi depun în plămîni în 20 de ani peste 6 kg de funingine. În Franța, statistica dintre anii 1955—1965 a arătat că morbiditatea prin cancer bronhic a crescut de la 20,4 la 28,4 cazuri la 100 000 locuitori. Cancerul bronho-pulmonar este de 5 ori mai mare decît cel de laringe sau de vezică urinară.

O cifră care a produs stupefacția lumii medicale a fost aceea care în anul 1978 a stabilit că din 100 de cancere pulmonare, 99 sînt opera fumatului. În 30 de ani fumînd 20 de țigări pe zi, plămînii filtrează 160 kg de tutun conținînd 1 500 g nicotină ; doza mortală de

nicotină pentru om este de 0,1 g per oral, adică echivalentul a 20 de țigări. Prin arderea tutunului, pătrunde în organism 40% nicotină prin fumul inspirat. Cu fiecare țigară trec în căile respiratorii 3—4 mg nicotină, din care 90% sînt resorbite în plămîni. În S.U.A. numai în anul 1982 au murit din cauza cancerului pulmonar produs de fumat, 139 000 de persoane ; iar pentru cei care au murit de afecțiuni cardiace, în care factorul tutun, a fost implicat, cifra deceselor a depășit 132 000 de persoane. Dar acțiunea tutunului nu se oprește direct la nivelul plămînilor ; căile respiratorii superioare sînt agresionate permanent la fumători. Iritația mucoasei naso-faringiene și a arborelui bronșic apare în urma acțiunii caustice a nicotinei și substanțelor gudronoase și fenolice (acroleină și furfurol). Există chiar un *„sindrom respirator al fumătorului"* ce se manifestă prin tuse, expectorație, dispnee, constricție faringiană și dureri toracice vagi, pe fondul unei scăzute ventilații pulmonare.

Un experiment pe un număr de 365 de tineri, din care 195 băieți și 170 fete, care au fumat regulat, timp de un an, arată că au manifestat următoarele simptome clinice :

Numărul de tineri sub observație	*Numărul de țigări fumate*	*Tuse*	*Expectorație*	*Dispnee*
152	0—1	2,0	3,3	5,3
52	1—10	2,8	5,8	13,5
72	10—20	18,1	19,4	13,9
72	20—25	27,1	31,9	31,8
17	peste 25	64,1	58,8	58,8
365	—	13,7	15,1	16,7

Din datele de mai sus rezultă raportul direct între cantitatea de țigări fumate și frecvența simptomelor clinice la fumători. Tutunul este incriminat și în apariția bronhopneumopatiilor cronice. Statistica confirmă 8% bronșite cronice la nefumători față de 27% la fumători la un consum sub 10 grame de tutun pe zi ; 40% la fumători la un consum de peste 11—24 grame de tutun pe zi ; 50% la fumătorii cu un consum de peste 25 grame pe zi.

Morbiditatea prin bronșită cronică este foarte ridicată. În Franța au fost înregistrați peste 3 milioane de bolnavi cu bronșită cronică, cu un indice de mortalitate de 20—30 de mii decese pe an. Cercetătorii cei mai sceptici nu pot să nege că 40—50% din maladiile aparatului respirator sînt corelate cu obiceiul de a fuma.

Observația clinică arată că abandonarea fumatului duce la dispariția semnelor clinice ca tusea, expectorația, dispneea.

Statistica consideră că 75% din bronșitele cronice sînt de natură tabagică. În zeci de laboratoare a fost experimentată acțiunea nefastă a fumatului asupra aparatului respirator. Efectele nocive ale fumului de tutun se manifestă la nivelul arborelui bronșic prin :

— acțiune negativă asupra activității muco-ciliare, alterînd funcțiunea cililor și caracteristicile histologice ale mucoasei ;

— acțiune negativă asupra activității bactericide a fagocitelor în special asupra macrofagelor alveolare ;

— acțiune negativă asupra activității bactericide a mucusului și asupra epurării mecanice prin efectul curentului muco-ciliar.

La nivelul mucoasei bronșice s-au observat : hipertrofia celulelor și a glandelor mucoase, distrugerea celulelor ciliare, leziuni inflamatorii ale pereților bron-

șici. Toate acestea fac ca să accelereze instalarea fenomenelor de insuficiență respiratorie. Trebuie să menționăm aici că sumele folosite pentru asistența morbidității prin boli ale aparatului respirator reprezintă mai mult de 3/4 din veniturile pe care le aduce statului vînzarea produselor din tutun. Există pe piața de consum țigări cu un indice redus de nicotină de la 2,5 mg la 1,4 mg sau chiar 0,6 mg și o cantitate de gudron de la 25 mg la 10 mg, deci o reducere pînă la 25% din cele două substanțe considerate ca cele mai nocive.

Adevărul este că aceste țigări slabe nu prea au căutare pe piața fumătorilor. Experiența arată că dacă un fumător consumă 10—15 țigări pe zi cu un titru normal de nicotină și gudron (în sensul țigării clasice) fumînd țigări „slabe", el va dubla sau tripla numărul de țigări fumate, uneori fără să-și dea seama, pînă cînd va ajunge la aceeași impregnare organică cu nicotină, doză pe care în cadrul dependenței sale fizice, organismul o solicită — este vorba de acel prag minim de impregnare, sub care fumătorul va avea senzații de disconfort, ca și în abandonările bruște de la fumat. Menționăm aici că riscurile fumatului sînt proporționale nu numai cu numărul de țigări fumate ci și cu „maniera" de a fuma. Astfel, inhalația fumului va dubla riscul, precum și stingerea și reaprinderea aceleiași țigări ; apoi, scurtimea mucului, fumatul pe nemîncate și asocierea lui cu alte droguri, ca alcoolul și cafeaua.

Cine nu știe azi că bolile cardio-vasculare se situează pe cea mai înaltă treaptă pe podiumul morbidității și mortalității generale. Afecțiunile cardiovasculare dau 30% din decese. Nu este mai puțin adevărat că 25% din cauzele care au provocat aceste decese se datorează fumatului. Printre principalii factori de risc susceptibili de a provoca sau accelera dezvoltarea ate-

romatozei coronariene se numără și intoxicația tabagică. Fumătorii sînt de 30 de ori mai predispuși la ateromatoză decît nefumătorii, iar unul din trei decese survenite la vîrsta de 45—55 ani se datorează aterosclerozei. Fumătorii, și în special cei care inhalează fumul a peste 15—20 țigări pe zi, vor face prioritar un infarct miocardic.

O anchetă pe 107 bolnavi cu infarct miocardic a arătat că cei care au făcut infarctul miocardic înainte de 55 de ani fumau de mai mulți ani în mod permanent. La o cantitate de 15 grame tutun consumat pe zi, infarctul miocardic survine în medie cu 7,3 ani mai repede decît la cei care fumează aceeași cantitate dar intermitent. Într-o secție de cardiologie anamneza a arătat că 80% din bolnavii sub 40 de ani, internați cu infarct de miocard, fumau între 20 și 40 de țigări pe zi. În 1978 s-a publicat un studiu din care reieșea că fumatul contribuie pe lîngă alți factori de risc la instalarea infarctului miocardic la femei tinere.

O altă categorie de boli unde acționează fumatul sînt arteritele sau insuficiențele vasculare periferice, favorizînd apariția lor sau agravîndu-le odată apărute. Tutunul provoacă la nivelul arterelor așa-zisele ischemii angiospastice care uneori duc prin mortificarea țesuturilor, insuficient sau deloc vascularizate, la amputația membrelor inferioare. Leziunile găsite — postmortem — la fumători permanenți, la nivelul arterial la membrele inferioare au fost de 65%.

Fumatul, asociat consumului de alcool și cafea, eliberează catecolaminele, substanțe răspunzătoare de tahicardii, hipertensiuni arteriale și creșterea debitului cardiac. La marii fumători (peste 25—30 țigări pe zi) s-au observat în proporție de 85% tulburări de ritm, care au dus la infarcte de miocard și morți subite. Tutunul e recunoscut ca factor de risc în boala ateroma-

toasă. Oxidul de carbon reprezintă 4% din fumul de țigară ; el se leagă de hemoglobină într-un complex stabil, carboxihemoglobină, ce poate urca pînă la 15%, blocînd o parte însemnată a hemoglobinei și privînd-o de sarcina importantă de transportare a oxigenului, fapt ce acționează direct asupra unui cord deficient, ischemic ; hemoglobina face mult mai ușor reacție cu CO_2 decît cu O_2 (oxigenul) — uneori de 50—300 de ori.

Iată de ce riscul de mortalitate prin coronaropatii se află în relații strînse cu consumatorii de tutun.

Statisticile au publicat că incidența găsită între cardiopatiile ischemice și leziunile aterosclerotice observate postmortem la nivelul coronarelor (rețeaua vasculară proprie inimii) ajungea la 96% din cazuri. În literatura de specialitate s-a scris mult despre așazisa inimă a fumătorilor (Nicotinertz), datorită acțiunii nicotinei asupra cordului la nivelul căruia va determina o degenerescență a fibrelor miocardice, pe lîngă tulburările de irigație coronariană. De asemenea, s-a observat o fibroză interstițială cu alterarea fibrelor elastice, fapt ce determină anomalii de ritm și de contracție a mușchiului cardiac.

Efectele nocive asupra aparatului digestiv sînt multiple. În ce privește secreția gastrică, la fumători, aceasta este crescută, hiperaciditatea fiind găsită în toate cazurile de gastrită, ulcer gastric sau duodenal. Aceste boli sînt de șase ori mai frecvente la cei ce fumează, în raport cu nefumătorii. Stimularea ganglionilor simpatici prin nicotină duce la tulburări ale tranzitului intestinal. Dar efectele nocive ale fumatului nu se opresc aici. La nivelul aparatului urogenital, tutunul își lasă amprenta și astfel cancerul de vezică urinară este de trei ori mai frecvent la fumători în comparație cu nefumătorii. Aceasta se datorește faptului că produșii intermediari ai combustiei tutunului perturbă metabolismul unui acid aminat — triptofanul — ce va da naștere la doi metaboliți capabili să provoace cancerul de vezică, prin blocarea triptofanului.

Efectul negativ al fumatului se manifestă și asupra musculaturii din organism. La fumători, forța musculară diminuă crescînd oboseala mușchiului cu 9—32% în raport cu numărul de țigări fumate ; diminuarea forței musculare cu 15% a fost observată după 10 minute de la fumatul unei țigări. Fumatul aduce rapid epuizarea fizică.

În R.F.G., la un campionat de marș, pe distanța de 100 km, 48% dintre fumători au abandonat cursa, iar dintre nefumători au abandonat numai 27%.

La un concurs de natație în Elveția, s-a constatat că pe lista învingătorilor erau de patru ori mai mulți nefumători decît fumători, iar pe lista învinșilor de două ori mai mulți fumători decît nefumători.

La trăgătorii cu pușca, numărul greșelilor s-a ridicat după fumat cu 7—27%, în raport cu numărul de țigări fumate.

În jocul de baschet, fumatul unei singure țigări face ca numărul aruncărilor la coș cu succes a mingii să scadă cu 12%, iar după fumatul a două țigări, cu 14,5%.

Indicii somatometrici arată că dezvoltarea fizică este influențată negativ la fumători din punctul de vedere al creșterii în înălțime. Astfel, fumătorii sînt mai scunzi, iar circumferința lor toracică și capacitatea respiratorie mai redusă.

Anchete făcute de medici sportivi printre atleți, au remarcat că fumătorii sînt mai slabi ponderal, iar dacă renunță la fumat pot recupera 5% din greutatea în minus, raportată la greutatea ideală.

Împreună cu alcoolul, tutunul este un adversar redutabil al performanțelor sportive.

Tutunul și femeia

Ținînd cont de rolul biologic al femeii, ca mamă, aceasta va fi mult mai vulnerabilă la agresiunea tutunului atît ca fumătoare activă cît și ca fumătoare pasivă, într-o familie sau mediu unde se fumează. La nivelul glandei mamare, nicotina se elimină prin laptele matern. Ea este dozată pînă la cantitatea de 0,5 ml la litru. A fost dozată, de asemenea și în urina copilului hrănit la sîn.

Copiii născuți din mame fumătoare prezintă deficiențe fizice și intelectuale. Observațiile făcute în Anglia pe 17 418 nașteri la femei fumătoare au prezentat :

— 688 copii morți în primele 4 săptămîni de viață ;

— 143 copii decedați după 4 săptămîni pînă la 7 ani ;

— 7,3% malformații congenitale, cardiace, la 1 000 de nașteri în raport de numai 4,7% malformații cardiace la femeile-mame, nefumătoare. Nicotina traversează placenta, ajungînd la făt, unde poate provoca tulburări în dezvoltarea embrionară.

Fumatul în timpul gestației și înaintea ei duce la scăderea curbei ponderale cu 150—240 grame, prin întîrzierea creșterii fătului și nu prin scurtarea perioadei de gestație.

Riscul de avort în primele trei luni și între luna a 5-a și a 7-a este dublu, datorită creșterii procentului de carboxihemoglobină din sîngele circulant, precum și reducerea fluxului sanguin placentar sub influența nicotinei. Copiii născuți din mame fumătoare — în timpul sarcinii — sînt mai sensibili la bronșite și pneumopatii în primii 2 ani de viață, iar dezvoltarea psihică a acestora va fi deficitară la vîrsta preșcolară și școlară.

Statistica arată că numărul de copii născuți sub 2 500 g se dublează la femeile fumătoare, iar indicele de mortalitate perinatală crește cu 20—30%.

Dar nici mama nu este scutită de efectele nocive. Riscul hemoragiilor post-partum și a hematomului retroplacentar este crescut ; incidența acestor complicații față de o gravidă nefumătoare este triplă. Tabagismul antrenează o acumulare de plumb la mama fumătoare și făt care duce la inhibiția unei enzime A.L.A.D., dehidraza acidului aminolevulinic, cu rol important în sinteza hemoglobinei, globulelor roșii etc.

Fumatul face victime și în rîndul femeilor în ce privește infarctul miocardic.

Un studiu efectuat într-un spital din Boston, S.U.A., arată că 75% din infarctul miocardic la femeile de peste 50 de ani, s-a datorat exclusiv fumatului.

Acest risc se va dubla în anii viitori, deoarece se observă creșterea numărului de fumătoare și în special în rîndul tinerelor fete. Femeile sub 50 de ani care fumează un pachet de țigări pe zi sînt de 20 de ori mai predispuse la un atac cardiac decît cele care fumează ocazional sau deloc. În Franța, o anchetă pe un eșantion de 1 170 femei, a înregistrat : 17,2% fumătoare între 30 și 70 de ani și 18% fumătoare între 16 și 18 ani.

Azi, numărul afecțiunilor gastrointestinale la femeile fumătoare este din ce în ce mai ridicat ; se observă prevalența ulcerelor duodenale la femeile tinere, fumătoare.

Cine este vinovat dacă alături de pudrieră și rujul de buze, se găsește pachetul de țigări și bricheta în

poșetele femeilor ? Femeile nu sînt scutite nici de afecțiunile aparatului respirator ; bronșitele cronice sînt la fel de frecvente printre fumătoare ca și printre fumători.

Ce poate avea comun feminitatea cu tusea și expectorația din bronșitele tabagice ? sau mămica ce într-o mînă ține biberonul copilului și în cealaltă țigara... ?

Oare nu știu încă femeile că nicotina deshidratează pielea feței, favorizînd ridurile ?

Căldura fumului produce o vasodilatație a vaselor superficiale ale feței ce provoacă prurit și nervozitate. Părul își pierde sub acțiunea fumului strălucirea naturală ; dinții se îngălbenesc, iar gingiile sînt predispuse la infecții. Ochii sînt iritați, iar conjunctivele, agresionate de acizii din fumul de țigară sînt injectate.

Tutunul este un factor antiestetic ; dar, ce am putea adăuga gîndindu-ne numai la faptul că un păr splendid este îmbibat cu miros de tutun și o șoaptă de dragoste zboară odată cu halena neplăcută a gurii...

Alte efecte nocive ale tutunului

Tutunul și glandele sexuale. S-a constatată că secreția testosteronului este mult mai scăzută la fumători, cu consecințe nefavorabile asupra potenței sexuale.

Fumătorii sînt primii candidați ai insuficienței orhitice ai apetitului sexual scăzut și ai impotenței sexuale.

Tutunul și longevitatea. Un studiu făcut la Royal College of Physicians în Canada, după cercetări, timp

de 15 ani, a constatat că fiecare țigară fumată reprezintă scurtarea vieții fumătorului cu aproximativ 30 de secunde.

Tutunul și vitaminele. Vitamina C din organism este consumată pentru neutralizarea cadmiului, element nociv din fumul de țigară. Astfel, pentru fiecare țigară se distrug 2 mg de vitamina C. Scăderea vitaminei C în organism afectează procesele metabolice cu consecințe negative în arderea eficientă a grăsimilor și depunerea acestora în pereții vaselor sanguine.

Fumatul și somnul. Cercetări recente arată că fumătorii au perioade de veghe mai lungă decît nefumătorii, ei rămînînd noaptea treji pe o durată de timp mai îndelungată. Astfel au fost înregistrate caracteristicile somnului la 8 bărbați fumători timp de 5 zile, timp în care aceștia nu au fumat deloc. Datele obținute au indicat că întreruperea fumatului pe această perioadă a dus la reducerea duratei de veghe de la 79,9 min în primele 3 nopți la 42 min ; iar în noptile consecutive celor trei zile la 51 min. Deci, există o legătură directă între fumat și insomnie. Aceasta se explică prin aceea că la fumători se produce o cantitate mai mare de catecolamine în organism, tulburînd relația veghe-somn, în special îngreunînd instalarea somnului.

Intoxicația tabagică, tabagism

Intoxicația acută este cauzată de cantitatea de nicotină absorbită accidental prin ingerare de insecticid ce conține doze ridicate de nicotină sau a infuziilor de tutun ca purgativ. Simptomele sînt :

— grețuri, vărsături, transpirații reci, dureri abdominale și diaree.

Tulburări ale respirației și ritmului cardiac sînt prezente, evoluția spre convulsii și colaps este rapidă.

Intoxicația cronică — tabagismul. Nicotina cuprinsă într-o țigară de foi reprezintă de două ori doza letală (mortală). O țigară conține între 20—30 miligrame nicotină, iar din fumul unei țigări se absorb 3—4 mg de nicotină. Efectele cronice cu caracter patologic ale consumului permanent de tutun sînt mai mult sau mai puțin cunoscute de fiecare fumător. În apariția unor simptome ca iritația nazo-faringelui și a mucoasei arborelui bronșic pînă la bronșita tabagică, instabilitatea psihonervoasă, tulburări ale aparatului digestiv și pînă la o întreagă patologie cardiovasculară, fumatul este implicat direct.

Este necesară contraindicarea fumatului mai categorică acolo unde efectele lui au lăsat urme și aceeași contraindicație să fie impusă în toate bolile care vin în corelație indirectă cu acest obicei. Constituie o curiozitate a zilelor noastre, faptul că individul s-a lăsat atît de ușor sedus de acest produs de pe piața consumului, iar prin mirosul său caracteristic a reușit să fie folosit chiar și în cosmetică la fabricarea de săpun, parfum și dezodorizante sub denumirea de tabac.

Fumatul, această toxicomanie, în plină glorie, care de cele mai multe ori se practică de dragul consumului cu riscuri mari pentru consumatori, va trebui stăvilită ; caracterul de urgență al problemei solicită eforturi atît din partea individului cît și a instituțiilor, care prin profilul lor vin în relații directe sau indirecte cu fenomenul în cauză. Statul nostru posedă tot arsenalul mijloacelor pentru a acționa în cadrul unei largi campanii de sanogeneză privind lupta împotriva fumatului.

Aspecte psihosociologice ale fumatului, dependeța psihică și fizică

Dacă am spune unui fumător că există o definiție a fumatului, ar zîmbi sceptic și ne-ar răspunde :

— „De ce atîta oboseală ?“

Bineînțeles că ignorînd cu sau fără știință actul pe care îl oficiază atît de satisfăcut, fumătorul este pus în situația să-i minimalizeze consecințele abia întrezărite prin fumul albăstrui al țigării.

Totuși, medicina stigmatizează cu obiectivitate legitimă fumatul, considerîndu-l ca pe o autogresiune fiziologică cu efecte tardive și în limite necompensabile.

Care sînt căile ce duc la obișnuință, la dependență psihică și apoi la dependență fizică ? Departe de a fi un capriciu, consumul de tutun răspunde perfect definiției O.M.S. a dependenței medicamentoase care este enunțată astfel :

— „Stare psihică și uneori fizică rezultînd din interacțiunea unui organism viu și un medicament, caracterizată prin modificări de comportament sau alte acțiuni, care cuprind dorința, impulsul de a lua acel medicament continuu sau periodic spre a regăsi efectele sale psihice și cînteodată spre a evita starea de disconfort prin lipsa acestuia“. În cazul nostru este vorba de dependența la alcaloidul natural al tutunului — nicotina. Dependența la nicotină și numai ea, prin concentrația din sînge, face în ultimă instanță ca *„actul reflex“* să se repete într-un ritm dictat de această concentrație cu care organismul s-a obișnuit și își cere drepturile. De aici cele două maniere de a se comporta ale fumătorului : o stare de bine, de calm, cînd concentrația de nicotină a atins pragul maximal în sînge

și starea de anxietate, declanșată de concentrația sub prag a nicotinei în sînge. Acest echilibru sau dezechilibru îl operează numărul de țigări fumate. Aceste aspecte fiziologice sînt ignorate de cei mai mulți fumători, care vrînd să abandoneze fumatul observă uneori descumpăniți că nu se pot sustrage drogului. Vom vedea mai tîrziu că este vorba de o intoxicație a organismului și că remediul nu poate fi altul decît o veritabilă cură de dezintoxicare.

Cum ajunge un fumător dependent fizic la drog ?

Ca pentru orice toxicomanie, individul tentat de consumul drogului, va căuta să-și alcătuiască o listă întreagă de motivații, de argumente, prin care să se justifice atît față de el însuși, cît și față de societate.

Fumatul intră în arenă printr-un apel la patru simțuri, de unde decurge o gamă de senzații agreabile, legate implicit de ceremonia fumatului.

O reclamă a fabricii pentru țigările Winston spunea :

„A fuma este atît de plăcut, că parcă ai senzația că păcătuiești..." (știm bine că păcatul a fost întotdeauna asociat noțiunii de plăcere).

Astfel, întîiul simț, pipăitul, participă prin manipulări și gesturi, care împreună cu văzul, creează o serie de senzații estetice ; ambalajul este confecționat din materiale ce solicită atenția prin formatul pachetului, culoarea atractivă, hîrtia specială, argintată sau aurită, țipla fină care îmbracă pachetul, desenele și caracterele scrisului, denumirea sofisticată a produsului, toate, creează o stare de ușoară surescitare întărită de doza de interes și emoția de a ajunge cît mai repede la țigara închisă ca într-un mic cavou miraculos — o țigară perfect compusă din 1 500 fire de tutun identice din punct de vedere al compoziției ; o țigară con-

fecționată sub unghiul unei estetici desăvîrșite : de la finețea și semitransparența hîrtiei, la lungimea, long sau superlong (ca și cînd o parte din ea ar vrea să țină loc și de țigaret), racordarea ingenioasă a filtrului (simplu, dublu, din fibră sau din carton), speculații asupra eficienței lui, adnotate pe reversul pachetului (prin filtru se economisește tutun, el nefiind mai costisitor decît 10% din tutunul economisit). În sfîrșit, senzațiile organoleptice determinate de mirosul tutunului care poate fi aromatizat divers sau mentolat, gustul specific pentru fiecare sort de țigări, culoarea mai brună sau mai blondă, care depinde de regiunea și solul unde a fost cultivat. Tutunurile pure provenite din Havana — Cuba, renumită pentru confecționarea trabucurilor, a țigaretelor din foi de tutun întregi sau tutunul provenit din Tesalia — Macedonia, cel mai dulce și mai aromat dintre toate speciile. Nu putem uita nici tutunul din Virginia — S.U.A., Wisconsin, Kentucky, pe valea fluviului Mississipi sau tutunul de Maryland de pe coasta Atlanticului, renumit prin aroma sa. La noi în țară, tutunul de Găiești — Argeș sau Huși și Pașcani sînt de mult apreciate.

De fapt, gustul tutunului, sesizat numai de fumătorii pasionați, provine din melanjarea mai multor varietăți de tutun, poate fi obținut și din tutun pur, totusi amestecurile, pun pe piața de consum internațională aproximativ 28 de sorturi de țigări.

Foița de țigară preparată din fibre de in sau cînepă, ca să poată avea o combustie mai rapidă, mai cuprinde carbonat de calciu si bioxid de titan, spre a obține o textură cu porozități capabile să elibereze mai ușor fumul proaspăt și parfumat. Ca și la vin, cultura de tutun poate avea ani buni sau răi ; clima își lasă amprenta asupra plantei, știindu-se că regiunea unde e

situată plantația, trebuie să aibă un relief propice, iar indicele de luminozitate pe care îl primește planta să fie ridicat ; poziția frunzelor, recoltarea la timpul optim, toate acestea determină calitatea tutunului. Pe aceeași plantă, foile de tutun de la baza plantei au un gust „*picant*“, cele din partea de vîrf a tulpinei, „*acru*“, iar frunzele de la mijlocul tulpinei dau cel mai bun tutun de prizat (aspirat pe nas), el nefiind nici prea slab, nici prea tare. Foile de la vîrful plantei dau tutunul de calitatea cea mai bună.

O tehnologie demnă de secolul al XX-lea creează tipuri speciale de țigări (uneori chiar la comanda consumatorului), printr-o chimie — secretă — unde ingredientele ca : mentol, glicerină, cacao, esență de fructe, rom în diferite proporții, realizează articolul de consum cel mai solicitat din societatea contemporană.

Țigara confecționată elegant, de un alb imaculat, impecabilă, distinsă, tentantă, secondează pe omul zilelor noastre, ca o umbră, peste tot : pe stradă, la birou, în fața televizorului, în automobil, pe stadion etc. ; ea este „*ticul modern*“ irezistibil, contagios. Dar cine își poate închipui, fumînd, că această însoțitoare fidelă, discretă și fără pretenții, această jucărie care ne completează, conține închisă în intimitatea ei două otrăvuri : nicotina de la 1,39—30 mg și gudron între 17—33 mg, otrăvuri cu care ne trădează, în fiecare zi și de mai multe ori. Azi, mulți își fac iluzii fumînd țigări cu indice de nicotină mai mic — *light* — lejere, ușoare sau, de ce nu, denicotinizate.

Aceste țigări nu au un gust plăcut, iar produsele chimice folosite la prepararea lor sînt nocive. S-a încercat altoirea vlăstarelor de tutun pe o plantă din aceeași familie, pătlăgeaua roșie — plecînd de la faptul că nicotina este transmisă de către rădăcina plan-

tei ; astfel s-a reușit să se obțină tutun denicotinizat 100% ; dar această plantă mixtă nu are un caracter ereditar, transmisibil și operația de altoire trebuie să se reia în fiecare an, ceea ce nu corespunde din punct de vedere economic și nici al calităților organoleptice.

S-a încercat o încrucișare, prin hibridare, a speciei industriale cu o specie cu conținut mai scăzut, dar fragilă la boli, rezultatul a fost un eșec.

S-a încercat atunci provocarea de mutații prin iradierea foilor de tutun sau a plantei cu raxe X, sau printr-o acțiune de traumatizare a embrionului sau prin supunerea celulelor sau a semințelor la diferite acțiuni chimice, dar rezultatele au fost nesatisfăcătoare.

Deci, tutunul... a rămas pînă azi... tutun.

O întreagă filozofie, în materie de interpretare a „*gestului*“ incriminat de medicina contemporană — fumatul — nu reușește să epuizeze determinismul sau liberul arbitru în materie de consum.

Sute de publicații se hazardează să găsească acel nod gordian care odată tăiat echivalează cu abandonarea definitivă a fumatului.

— Oare scuza celor 68% din medici care fumează să fie aceea că... sînt lucruri și mai rele... ?

— Să ne mai mirăm că tinerii de 14 ani fumează ? Ei vor oricum să se afirme într-un fel.

— Să acuzăm adultul stresat că fumează ? El caută prin impactul cu tutunul să alunge măcar o parte din gîndurile sale negre...

— Dar de ce o bună parte din cei ce vorbesc despre pericolele fumatului, fumează și ei ?...

Oare să nu fie, numai o mistificare a unei realități toată propaganda anti-tutun, de pe o poziție pseudo-moralizatoare ? Căci cine cunoaște duritatea ciocanului, își va da singur cu el în cap ?

Dacă tutunul este atît de periculos, de ce nu se limitează sau interzice consumul lui ? Cum să se interzică dacă s-a ajuns să se fumeze pînă și în creierii munților ? În societatea noastră, nu se mai solicită permisiunea de a fuma... se consideră chiar nepoliticos să scoți o țigară din pachet și să nu oferi celor din jur. Trenurile cu vagoane puține pentru nefumători și garnituri întregi pentru fumători, ca și cum cei puțini — nefumătorii — i-ar împiedica pe ceilalți... ca să fumeze.. Pe stradă, toți se uită disprețuitor la un individ beat, dar fumătorul nici nu e băgat în seamă, el nu este considerat în mentalitatea noastră, încă un pericol real și asta e grav.

S-ar părea că fumatul unei țigări este un lucru serios ; gestul „calculat“ de a deschide pachetul, scoaterea țigării cu mici bobîrnace la partea caudală, frămîntarea țigării între degete, aranjarea ei între buze, cu grijă și sfiiciune, aprinderea ei cu violență, toate la un loc constituie o pauză, un *„suspens“* cînd gîndurile evadează din stringenta realitate, o detașare momentană din cotidianul ce agresionează mental sau fizic un scurtcircuit pe banda rulantă a existenței... un scurtcircuit, da, însă cu toate implicațiile lui...

Zilnic, orice întîlnire de afaceri sau sentimentală începe și se finalizează cu fumatul unei țigări...

Schimbul de țigări este dovada unui consens, acela că partenerii sînt într-o complicitate de *„poziție socială“*, într-o egalitate, căci în fond totul pleacă de la un gest comun, de la același nivel de relații, ambii sînt fumători. Cine nu știe că există o solidaritate tacită între fumători ? Ei fac parte din același *„clan“*, expresii ca : *„dă-mi o țigară“* sau *„aveți un foc ?“* sînt semnificative și firești între ei, chiar dacă nu se cunosc. Aspectul social al fumatului se apropie de cel al consumatorului de alcool ; se oferă o țigară, la fel ca

un pahar cu vin, spre a crea microcomunitate în doi, în trei... așa cum am întinde mîna cuiva spre a fi mai apropiați, mai sociabili. Refuzul este privit ca un gest de snobism, un refuz de integrare ; majoritatea consideră țigara, ca și cafeaua, o monedă de schimb social.

Se oferă oaspetelui, întotdeauna, „o țigară bună“ sau cum este cu noul obicei „cadoul unui pachet de țigări“ ceva *„nevinovat“* dar care apropie pe cei doi indivizi, îi ajută să găsească mai repede un limbaj comun.

În cea mai mică controversă se aprinde o țigară, ca un fel de reîncărcare a energiei, un „break“, o detașare, spre a cîștiga timp pentru noi argumentații sau a veni cu ceva în plus pentru a domina situația...

Și atunci, țigara nu ajută totuși la ceva ?

Dar să căutăm și în altă parte acel *„nod gordian“*...

Tabagismul este un fenomen social, el nu se poate defini sau circumscrie precis ; nu putem vorbi de o națiune, de un grup social, de vîrstă, sex sau individ cu o personalitate aparte ; fumatul și fumătorul pare a fi ceva universal. Unii au încercat tipizări-robot — ale fumătorilor ; după ei, fumătorii au o psihologie mai deosebită ; ca și alcoolicii, ei rămîn *„marii neînțeleși“* nerealizați și eșuați în idealurile lor, care au probleme profesionale, familiale sau sexuale, definiți mai plastic prin termenul englez *„broken-homme — situation“*.

S-a observat că se începe fumatul întotdeauna într-o fază critică a vieții, el compensînd *„iluzoriu“* o traumă emoțională. În general, fumătorul este temperamental un extrovertit, iubește noul, imită repede are o anumită tentație spre risc, este impulsiv, schimbă des serviciile, bea alcool, cafea și consumă mîncăruri condimentate ; este superficial în sentimente, și comite destul de des accidente de circulație.

La acest individ, tutunul intervine ca un stimulent ce îi procură energia necesară de a lupta cu lumea din afară ; acest portret robot se identifică în special cu tinerii fumători ; tinerii au și ei motivații cînd se apucă de fumat. Ei caută prin imitația adultului să-și compenseze frustațiile vîrstei de adolescenți și să devină mai repede emancipați, să pară mai în vîrstă, ca și tinerele ce se machiază precoce sau își vopsesc părul în nuanțe gris-argent... Ei imită prin fumat personalități deja realizate, fumînd chiar și marca de țigări a idolilor agreați.

Presiunea socială asupra tinerilor este de așa natură încît aceștia caută o evadare din tiparul lor încorsetat, spre cei maturi, spre *„cei eliberați"* către dezinvoltură.

Publicitatea, reclama și gustul de a fi *„la zi"* împinge pe tineret spre consumul de tutun ; chiar și femeile care fumează nu vor oare acceda, prin aceasta la egalitatea cu sexul tare ; imitîndu-l, e un fel de a căuta puterea și privilegiile masculinității. De ce tînăra generație se identifică fumînd ? Poate unde nu este încă conștientă de pericolul acestui drog ? S-ar părea că da.

De ce fumează adultul parcă mai pasionat decît tînărul ? Pentru că închide în el încă vestigii ale unei imaturități ? S-ar părea că da.

Oare ca și alcoolismul, drogurile medicamentoase, fumatul prin ravagiile sale tardive asupra organismului nu constituie un pericol real pentru individ și pentru întreaga generație ? S-ar părea că da.

Să considerăm fumatul doar ca un mod de canalizare exterioară a stresului cotidian cu care ne suprasolicităm în fiecare zi și să-l acceptăm ?

Dar cînd speranța de viață pentru fumători este mai mică cu 6 ani, pentru fumătorii pasivi cu 3 ani, iar cancerul își înalță piramida pe mormane de țigări, problema trebuie analizată și măsurile luate să producă un salt să se treacă de la individ la măsuri care privesc întreaga societate. Educația sanitară, informația științifică să devină parte integrantă dintr-un program general, o campanie cu caracter de masă în lupta contra fumatului.

Tabagismul este un fenomen social, deci el trebuie studiat ca atare : prin metode epidemiologice, pentru a cunoaște extinderea lui și prin metode psihosociologice pentru a cunoaște cauzele ce îl determină. Medicina îl studiază datorită incidenței sale cu fenomenul de morbiditate și mortalitate în care tutunul este direct implicat.

Din relația tutun-boală, medicina atenționează asupra consecințelor tardive ce apar după 20—25 de ani de la debutul consumului de tutun, abordînd problema fumatului prin prisma preventivă în cadrul unei medicini larg sociale. Ea consideră fumatul ca una din cauzele de supramorbiditate și supramortalitate și solicită, conștientă de gravitatea situației, fiecărui individ, să-și reconsidere atitudinea în fața fumatului, să se atribuie nocivității fumatului importanța cuvenită.

Tabagismul fiind un fenomen tenace, bine înrădăcinat cu obicei al omului contemporan, pentru a-l învinge, trebuie să fie bine cunoscut. El este mai mult decît un aspect al *„modernismului"* cum s-ar părea la prima vedere ; el este un flagel care își alege victimele sale, în special printre populația de vîrstă activă cît și în cea a tineretului de ambele sexe. Limitarea fumatului, evitarea abuzului va fi primul pas ce trebuie să ducă la abandonarea lui, ca o necesitate de ordin vital.

Nefumători între fumători

Fumatul nu este o problemă strictă a fumătorului ; el fumează pe banii lui, dar nicidecum în atmosfera lui. Statistica arată că dintre doi fumători care nu se cunosc, unul aprinde o țigară în timp minim în 95% din cazuri, iar din trei persoane care stau în acel moment în preajma lui, doi scot și ei pachetul cu țigări. Contagiozitatea este rapidă și spontană, iar fumul nu cunoaște granițe, el nu știe să se țină în preajma fumătorului. S-au făcut o mulțime de anchete și observații pe grupuri de fumători și nefumători obligați prin natura împrejurărilor să fie și ei fumători pasivi sau involuntari în aceeași încăpere.

Datele obținute sînt elocvente. Adultul nefumător supus fumului, inhalînd vrînd-nevrînd aerul viciat de fum, în anturajul fumătorilor, este expus unei iritații oculare și a căilor respiratorii într-un grad de intoxicație cu tutun identică unui fumător moderat, care fumează 3—4 țigări pe zi. Fumătorul pasiv este în fond o victimă ; el va sesiza greu de ce are cefalee, jenă respiratorie, ușoară opresiune toracică, tulburări de ritm cardiac, disconfort sau nervozitate.

Un nefumător care stă timp de 20 de ani lîngă un individ care fumează pe zi 20 de țigări adună în plămînii săi prin inhalare *„indirectă“* 4 kg de funingine. În plămînii fumătorului pasiv s-au depistat modificări histologice ale epiteliului căilor respiratorii.

Nicotina este la fel de nocivă pentru fumător și nefumătorul din preajma sa. Cercetări în grup restrîns, familial, au stabilit că, copiii fumătorilor au o sensibilitate crescută la afecțiunile căilor respiratorii, comparativ cu cei ai părinților nefumători.

O experiență făcută pe 4 000 de copii în Franța a demonstrat că dacă ambii părinți sînt fumători, numărul de îmbolnăviri la copiii din familiile de fumători se dublează.

Orice persoană care nu fumează, aflată într-o cameră în care se fumează, absorbind aerul din încăpere *„fumează“* o țigară pe oră.

Într-un automobil, fumătorul involuntar absoarbe o cantitate de fum egală cu trei țigări pe oră.

Într-o încăpere unde se fumează, oxidul de carbon depășește cu 50% norma admisă de legislația referitoare la poluarea mediului. Astfel, procentul de carboxihemoglobină se ridică pînă la 2,6%, cunoscîndu-se faptul că la o concentrație de 3% acuitatea vizuală, atenția și concentrația scad.

Influența fumului de țigară asupra nefumătorilor este evidentă la coronarieni, la bolnavii de bronșită cronică și la astmatici, agravînd sau complicînd maladiile.

Un test făcut unor bolnavi de angină pectorală, a arătat că durerea cardiacă apare pentru același efort cu 187 de secunde mai repede, după expunerea bolnavului la fumul de țigară, spre deosebire de bolnavii neexpuși la care durerea cardiacă a apărut numai după 226 secunde.

În fond există un drept al nefumătorului, acela de a nu fi poluat de către fumători. Atitudinea irresponsabilă de a fuma în afara locurilor, rezervate fumatului, constituie o impolitețe, dar mai ales un gest antisocial. Fumatul în familie favorizează climatul și predispoziția pentru consumul de tutun. Interzicerea fumatului în localurile de consum, spitale, școli, biblioteci este numai primul pas pentru îngustarea spațiului contaminat de către fumători. În acest fel, consumul de

țigări al fumătorilor va fi limitat, cînd în fața lor se vor închide din ce în ce mai multe uși.

Fără a reveni la un *„cod al manierelor elegante“*, ar fi de dorit ca fumătorul să nu abuzeze de curtoazia gazdei, aprinzîndu-și țigara fără a avea permisiunea acesteia sau dacă observă că printre invitați este singurul fumător, să-și amintească de cartonașul pe care scrie, cu litere mari : „Fumați ? Vă privește, dar nu ne intoxicați și pe noi“... și să nu uite că 50% din nicotină plutește în fumul de țigară.

Tutunul și medicina preventivă

Medicină preventivă înseamnă în primul rînd definirea răului ; pentru a preveni trebuie să cunoști în toate amănuntele boala și încă, individul pe care vrei să-l protejezi. O latură a medicinei preventive o constituie dialogul cu omul sănătos sau cu cel bolnav ; înseamnă să explici și să faci educație, dar mai ales înseamnă să convingi. Adepții fumatului vor pleda cu pasiune ca să-și apere slăbiciunea. Un bolnav căruia i s-a interzis fumatul, a replicat :

— „Medicul meu nu e nebun, dacă știe că tutunul este periculos, ar mai fuma ?“

Pe de altă parte, definiția O.M.S. pentru toxicomanie este clară : — „Absorbția voluntară, abuzivă, periodică sau cronică, nocivă pentru individ și societate a unui drog natural sau sintetic“.

Definiția se identifică perfect maniei consumului de tutun.

Învăluiți în fumul de țigară, unii s-au întrebat „grijulii“ dacă nu cumva prohibiția fumatului va deschide drumul spre alte substanțe mai toxice, mai periculoase ? !

În ultimă instanță și educația își are limitele ei ; a fi refractar la informație și educație este un gest de incultură ; autorul nu vrea ca fumătorii ce rămîn pe pozițiile lor să fie închiși în rezervații, nici nu are intenția de a face presiuni asupra lor, de a-i jigni sau persecuta, ci numai să-i ajute, dacă ei consideră că merită să încerce limitarea și apoi abandonarea fumatului. În condițiile în care fumatul cîștigă zi de zi teren, consumul de tutun fiind în continuă creștere, mai ales printre femei și tineri, pentru a scoate din inerție publicul care continuă să fumeze opunînd o rezistență, ba chiar un blocaj, este necesar ca în cadrul organismelor instituționale ce se ocupă cu problemele de medicină socio-preventivă să se instituie o acțiune care să cuprindă :

1. Alcătuirea unui program studiu — prin care să se pună la punct toate metodele posibile privind decondiționarea psihică și fizică față de fumat.

2. Instituirea unor campanii periodice de informare complexă a populației în vederea abandonării fumatului.

3. Corelarea acțiunilor prevăzute în planul de limitare și abandonare a fumatului cu aspectele socio-economice, ținînd în primul rînd cont de prezervarea capitalului uman-biologic al generației prezente și viitoare.

Fumatul fiind o problemă a întregii colectivități, cu largi implicații sociale, abandonarea lui va duce la scăderea indicilor de morbiditate, mărind speranța de viață, durata medie a vieții și calitatea biologică a acesteia.

În toate campaniile anti-tutun, ar trebui să participe organizațiile de masă, institutul de igienă, formațiile mass-media, precum și asociațiile de răspîndire a științei, cadrele universităților populare, cu un program de conferințe, dialoguri cu publicul etc.

Concomitent cu informațiile științifice din presă, să se difuzeze filme, să se confecționeze fotomontaje, afișe mari cu imagini sugestive privind scopul propus, pliante și broșuri în tiraj de masă. La mesele rotunde cu specialiști în problemă este bine să participe educatori, sociologi, psihologi, profesori, medici și foști fumători, care să se refere asupra modului în care au ajuns la abstinență. În campania anti-tutun trebuie să se atingă ogligatoriu următoarele puncte :

— să se atenționeze publicul asupra pericolului consumului de tutun, prin referințe statistice privind morbiditatea și mortalitatea, longevitatea, speranța de viață, problema procreației și fumatul, consecințele abuzului de tutun la tineri și tinere.

Să se facă recomandații privind :

— fixarea unor limite minime de concentrație a nicotinei și gudronului ;

— imprimarea pe pachetele de țigări a unor formule ca : „abuzul este nociv pentru sănătate".

În discuțiile care au loc în jurul meselor rotunde să se abordeze printre altele ;

— drepturile nefumătorilor ;

— combaterea științifică a motivațiilor și metode de disociație a reflexelor (cafea-țigară ; alcool-țigară) ;

— împiedicarea nefumătorilor tineri să devină fumători.

Campaniile anti-tutun s-au bucurat de succes în toate țările unde s-au instituit.

Astfel, în Franța, ca urmare a unor campanii în rîndul populației, s-a înregistrat scăderea numărului

de fumători de la 44% în trimestrul III/1976 la 41% în trimestrul IV/1976. S-a obținut, de asemenea diminuarea consumului de țigări cotidian cu 15% la adulți și 16% la tineret.

În S.U.A., după o vastă campanie de informare, medicii au fost primii care au avut o atitudine pozitivă. Numărul de medici fumători a scăzut de la 30% în 1967 la 21% în anul 1975. Se preconizează că numărul de țigări pe cap de locuitor, în urma măsurilor luate de Ministerul Agriculturii din S.U.A. nu va depăși 4 000 de țigări, ceea ce reprezenta o scădere de 5% față de 1977.

În Finlanda, campaniile antitabac au realizat un succes remarcabil prin scăderea numărului de fumători de la 54% din populația adultă la 45%, iar în ultimii 5 ani, atacurile cardiace și infarctele de miocard au scăzut cu 40%.

În S.U.A., o firmă industrială, calculînd eficiența economică a personalului tehnic în raport cu consumul de tutun al acestui personal, după ce a pierdut 10 specialiști decedați prin cancer pulmonar, a hotărît :

— acordarea de premii de cîte 500 dolari cadrelor calificate din întreprindere, dacă abandonează fumatul și repremierea lor dacă nu vor începe din nou să fumeze după 14 luni. Astfel, în primul an au fost premiați 13 foști fumători... Nu se știe nici acum dacă dolarii sau... rezultatul anchetei i-a determinat să abandoneze fumatul.

Lupta împotriva fumatului trebuie să fie unul din obiectivele prioritare ale medicinii preventive.

Acest deziderat este cu atît mai stringent cu cît fumatul asociat la consumul de alcool și cafea ca droguri concomitente, produce ravagii însemnate din punctul de vedere al stării de sănătate la cei ce le consumă permanent.

Acțiuni preventive și cercetări recente privind nocivitatea fumatului

În urmă cu 8 ani, la 7.IV.1980 s-a desfășurat ziua Mondială a sănătății — sub deviza „Alegeți, tutunul sau sănătatea".

De atunci, o ironie sau paradox,-dacă vreți, consumul de tutun între anii 1980—1985 a continuat să crească în fiecare an cu 1% iar în fiecare țară s-a constatat anual o creștere a numărului de fumători cu 5%.

Dar, predicile în... deșert ale O.M.S. continuă; prin acțiuni de cercetare și informare, organizația publică periodic rezultatele obținute experimental, privind patologia tabagismului.

Pare incredibil că, în lume, în fiecare an, fumătorii, cheltuiesc pentru plăcerea lor o sumă enormă : 250 miliarde dolari ! iar numai în S.U.A. se cheltuiesc anual pentru tratamente legate de fumat 40 miliarde dolari !

Din cînd în cînd apar acțiuni preventive împotriva fumatului în cîte o țară sau alta ; astfel în Argentina s-a impus un impozit de 2% pentru fiecare pachet de țigări, ceea ce reprezintă la totalul de țigări consumate, 1,5 milioane dolari, bani ce vor fi, anual, investiți in lupta anti-tabac.

În Suedia, gravidele fumătoare sînt ajutate prin programe anti-tabac, să renunțe la acest obicei nefast.

Experții O.M.S. sugerează tuturor țărilor să înlocuiască culturile de tutun, cu cele de cereale sau leguminoase.

Cercetări recente atestă că s-au observat modificări hematologice nocive, la fumători.

Exemple :

— Hematiile se încarcă cu o cantitate mai mare de carboxihemoglobină, consecutiv cu scăderea conținutului de oxigen sanguin.

— Funcția esențială a globulelor albe, de apărare antibacteriană s-a dovedit mult scăzută pe un lot de 84 000 de fumători.

— Creșterea lipidemiei, în special a colesterolului și trigliceridelor la fumători, fapt ce întreține procesul de ateroscleroză.

— Componentele fumului de tutun au un rol negativ, prin creșterea indicelui de coagulare și agregare a trombocitelor ; aceasta favorizînd accidente vasculare cerebrale la fumători. Cercetările s-au făcut cu ajutorul microscopului electronic cu baleiaj, imaginile fiind impresionant de elocvente.

Poluarea atmosferei și consecințele ei în procesul respirație, prin inhalarea de substanțe dăunătoare organismului constituie o problemă de igienă a mediului, abordată azi din ce în ce mai insistent.

Totuși pe lîngă unele substanțe nocive ce nu le putem evita într-un mediu citadin puternic industrializat, fumatul introduce în organism un plus de asemenea substanțe în proporții alarmate, față de procentul admis. Astfel prin fumat se inhalează :

— stiren depășind de 1 037 ori procentul admis ;
— metil-2 oropenal de 531 de ori ;
— propionitril de 412 de ori ;
— acetonă de 74 de ori ;
— izopren de 39 de ori.

Acești indici sînt comparabili cu gazul de eșapament al automobilelor.

Cine are ureche de auzit... să audă.

BIBLIOGRAFIE

1. * * * — Smoking or not smoking, Med. J. Aust., 1970, 1, 8, 344—347.
2. * * * — L'attitude vis-à-vis du tabagisme du personnel medical aux Etats Unis, Med. Hyg., 1975, 1 252, 1978.
3. * * * — Aspets psycho-sociologiques de la consommation de tabac. Rev. Prat., 1978 28, 19.
4. AUJOULET P. — La place du tabagisme dans la toxicomanies. La santé de l'homme, 1972, pag. 179.
5. * * * — Behaviour against smoking, Brit. med. J., 1967, 5 550, 460.
6. BOUTIN C. — Faut-il vraiment arreter de fumer? vol. I. Ed. Loraine, Paris, 1977.
7. BELLONE K. — Le tabac — ingrédients, Science et Vie, 1970, 70, 634.
8. * * * — Que faites-vous à l'égard du tabagisme? — Ann. intern. med., 1968, 69, 1, 163.
9. COUPERNIC C. — Tabac et société, Rev. La santé de l'homme, 200.
10. * * * — Cancerul bronșic la femei și tutunul, Rev. Tuberc., 1972, 36, 2.
11. CHICOU F. J. — La lutte antitabagique, Bul. cancer, 1977.
12. COOK B. A. — On smoking. Med. J. Aust., 1966, 1, 9, 363.
13. COOPER KENNETH H. — Effects of smoking on resistance to et rain. J. Amer. med. Ass., 1968, 203, 3, 189.
14. * * * — Café, alcool et risque coronarien, Med., Hyg., 1977, 1, 264.
15. DISKE S., SENNDERS M., BENETT M. — Cigarette smoking and cancer of bladder and lung, Brit. med. J., 1976, 6 045, 1 174—1 177.
16. DOLL R., HILL A. B. — Lung cancer and other causes of death in relation to smoking, Brit. med., 1956.
17. DOLL R., PETO K. — Mortality in relation to smoking. Brit. med. J., 1976.
18. FRECOUR P., SERISE M., CONDRAY P. — Le tabagisme, phénomène social, Rev. Tuberc., 1972.

19. FINNERGAN J. K., LARSON P. S., HAAG B. — The role of nicotine in the cigarette habit, Science et vie, 1946.
20. * * * — Le fumeur, involontier, Concour med., 1977, 99, 44, 6.
21. FNECOUR P. — Le tabagisme, fléan social, Concours med., 1972, 94, 37, 5.
22. GOVJARD J., ROUMEAU C., SCHWARTZ D. — Smoking during pregnancy still birth and abruptio placentae, Biomedicine, 1975.
23. HIRSCH A. — Le tabac, Rev. du prat., 1976, 33.
24. IONESCU DE LA BRAD I. — Opere, vol. I, 1943.
25. IZARD C., LIBERMAN C. — Le test biologique apliqué sur la consommation du tabac, S.E.I.T.A., Paris, 1972.
26. JICK H., PORTER J., MORISON A. S. — Relation between smoking and age of natural menopause, Lancet, 1977.
27. * * * — Lutte antitabac en Angleterre, Med. Hyg., 1978 1 268.
28. * * * — La santé de l'homme 208/1970. Evolution des résultats de la campagne d'information sur le tabagisme.
29. * * * — La santé de l'homme, 200, 1975, Tabac et maladies cardiovasculaires.
30. * * * — Les méfaits du tabac. Presse med., 1972, 1, 3.
31. MOORE C. — Cigarette smoking and oral pharyngeal and laryngeal cancer, J. Amer. med. Ass., 1971, 218, 4, 633.
32. MORIS C. D. ș.a. — Myocardial infarction in young women, Amer. J. Cardiol. 1976, 38, 299.
33. * * * — La nicotine et l'hygiène de la vie, Med. Hyg. 1976, 29, 949.
34. NOOMAN G. — Passive smoking in enclosed public places Med. J. Austr., 1976.
35. * * * — Ordinul M.S. nr. 225/1975 privind fumatul în unitățile sanitare.
36. OSBORN S. ș.a. — Smoking and health. Med. J. Austr., 1973, 1, 24, 1 173.
37. O.M.S. Geneva, 1975 — Rapport d'un Comité d'experts de l'OMS sur les effets du tabac sur la santé.
38. PERRANDIN M. L., SORIN M. — Intoxicația posibilă a unui nou-născut prin nicotina prezentă în laptele mamei. Sem. Hôp. Paris, 1978, 54, 1, 41.
39. RUSSEL M. A. Y. — Cigarette smoking dependence, Brit. med. J., 1971, 2, 113, 703.

40. SALLE P. — Tabagisme et antitabac. Semaine Ther., 1974.
41. * * * — Study on smoking, Med. J. Austr., 1966, 9, 363.
42. SCHMIDT F. — Passiv Rauchen Münch. med. Wschr., 1971, 113, 18, 702—705.
43. * * * — Tabagisme maternel, Med. Hyg., 1977, 1 265.
44. * * * — Le tabac et le coeur, Rev. Med. Hyg., 1968, 16.
45. * * * — Les cigarettes a risque accru, Concour med., 1977, 99, 37, p. 5 547—5 555.
46. WEISS W. — Smoking and cancer, Amer. J. publ. Health, 1978, 65, 9, 954.

3. CAFEAUA

Istoric, aspect economic în țara cafelei și în alte țări

Cafeaua este fructul ce crește pe un arbust, la altitudinea de aproximativ 500—1 500 m, într-un climat cu temperatură caldă sau temperată și cu ierni reci și uscate. Originară din Abisinia, cunoscută de perși și arabi în secolul al XV-lea, ajunge la Constantinopol în primele decade ale secolului al XVI-lea. În anul 1955 sînt menționate, în scrieri, primele cafenele în Constantinopol, iar după 20 de ani exista printre breslele negustorilor și aceea a cafengiilor. În secolul al XVI-lea, obiceiul de a bea cafea fierbinte era cunoscut deopotrivă cu efectele ei benefice : alungarea somnului și liniștirea durerilor de cap. Adusă din Arabia, cafeaua ajunge în Veneția în a doua jumătate a secolului al XVII-lea, cam în același timp în Anglia, Franța și Germania. În afara cafelei importate din plantația de la periferia orașului Mocca (Arabia), încep să apară plantații ale arborilor de cafea în Yava iar în 1716 în Insula Réunion din Oceanul Indian (Colonia Franceză). Urmează apoi amenajarea plantațiilor de cafea din Cayenne, în 1722 port al Guyanei Franceze, insula din Marea Antilelor. De asemenea, în Martinica în 1733, Jamaica 1730 și Santo-Domingo 1731.

Santo-Domingo (cunoscut sub numele de Ciudad Trujillo) din Republica Dominicană este cotat pe piața mondială ca principalul producător de cafea [60 milioane livre (1 livră = 0,453 kg)], în 1789.

În privința calității cafelei pe primul loc se situa cafeaua Mocca (Arabia), după care venea cea provenită din Santo-Domingo.

În această perioadă, cafeaua este considerată ca un „medicament" empiric, bineînțeles neștiindu-se nimic despre conținutul ei în cafeină ; cu titlu informativ redăm cîteva din efectele „benefice" ale cafelei descrise într-un studiu apărut la Lyon în 1671. „L'usage du caphé, du thé et du chocolate", printre altele : leac contra respirației scurte, a răcelii care atacă plămînii a durerilor de splină și a viermilor intestinali : ușurează surprinzător după mîncare și băutură multă. Tot ca „medicament" cafeaua ar fi leac împotriva rîiei și liniștitor al durerilor de stomac precum și un bun declanșator al poftei de mîncare.

In anul 1782 Le Grand D'Aussy în „Histoire de la vie privée des Français", menționează că în toate familiile burgheze se consumă cafea. Tot în această perioadă apare ceea ce cunoaștem și noi astăzi, cafeaua cu lapte, acest amestec se vindea pe străzi în recipiente de tablă cu robinet așezate pe o sursă de foc care o menținea caldă. Cafeaua cu lapte se servea în căni de faianță fără adaos de zahăr, fiind ca și astăzi cu rezerve însă, băutura protocolară.

În Franța, primele cafele au apărut între anii 1667—1670. În aceeași perioadă, Duca-Vodă punea o taxă vamală pentru trecerea cafelei spre Europa Centrală.

Transportul se făcea cu căruțe trase de cai, pe la Cîineni—Olt ; printre mărfurile venite din Orientul apropiat și India era și cafea în saci, în cantități apre-

ciabile. În anul 1680, englezii plantează arbustul de cafea în Ceylon, o insulă din Oceanul Indian. În anul 1691, botanistul Kay descrie arborele de cafea ca un arbore decorativ, bobul de cafea roșu (coaja care învelește bobul este roșie), frunzele lui de un verde intens, sub un cer invariabil albastru. În primele decade ale secolului al XVII-lea, cafeaua este introdusă în America de Sud, iar mai tîrziu, în timpul lui Carol al III-lea de către spanioli, în America Centrală. În Brazilia, regiunea de sud-est, în cîțiva ani se profilează în monocultura plantațiilor de cafea. În Cuba și Mexic ajunge prin 1749 — unde plantațiile se întind pe suprafețe mari.

Din hrisoave vechi reiese că în anul 1717 la Sibiu, printre bagajele lui Nicolae Mavrocordat, domnul țării românești, se găseau și 100 ocale de cafea, în valoare de 200 lewent thaleri. În anul 1727 se stabilește la Craiova prețul produselor de import, în vederea aplicării taxelor vamale. Astfel, 1 oca cafea costa 3 florini, iar 1 oca herba thae (ceai) 10 florini ! În preajma anilor 1780—1790 se cunoaște o specie a cafelei denumită „caffea arabica".

În secolul al XVIII-lea, pe la 1760 se importau în Moldova cești de „cafea cu farfurioară" și ibrice pentru cafea, din lut ! fără a omite că în prima decadă a secolului al XIX-lea, la București, un „om la locul lui" servea dimineața „cafea sau ciocolată cu alte delicatesuri". În listele cu produse de import ale portului Galați, cafeaua apărea prin anii 1820 ca marfă „de seamă" în cantități de ordinul miilor de ocale (1 oca = 1,28 kg). În această perioadă, ofițerii și soldații turci primeau în rația lor alimentară și cafea, pe care o beau regulat în taberele lor. La începutul secolului al XIX-lea se întind pe zeci de km plantațiile renumite ale Braziliei.

Exportul cafelei din Brazilia acoperea toate pieţele din Europa. „Brasil e o café“ nu însemnă altceva decît că Brazilia e sinonimă cu cafeaua.

Între anii 1821—1830 producţia era de 3 milioane de saci, ca peste 20 de ani să ajungă la 27 milioane de saci, iar în 1890 la 51 milioane saci de cafea.

În prima jumătate a secolului al XX-lea cafeaua reprezintă a 6-a parte din suprafaţa cultivată a Braziliei şi 1/4 din valoarea produselor ei agricole. Cafeaua este cumpărată la preţuri privilegiate de către societăţile transnaţionale deoarece acestea deţin controlul asupra producţiei şi comerţului, prin creditele ce le acordă ţărilor sărace, producătoare. Din această cauză apar paradoxuri ca în exemplul de mai jos :

Preţul unui pound (453 grame) de cafea era de 0,55 dolari în portul New Jersey în anul 1980 şi de 5—6 dolari în magazinele de coloniale din New York (de cele mai multe ori proprietatea societăţilor multinaţionale). Asta face ca profiturile monopolurilor să fie de peste 10 ori mai mari decît veniturile producătorilor de cafea.

Ca şi în prima jumătate a secolului al XX-lea astăzi milioane de oameni săraci, efective ale imigraţiei, plecaţi din colibele lor, din fostele colonii africane, construiesc în serie pentru magnaţii finanţelor zgîrie-nori, în fostele metropole. Comerţul înfloritor cu cafea s-a realizat pe seama unei crunte exploatări a muncitorilor din plantaţii ; el a adus însă pentru puţini, cîştiguri fabuloase, din care au apărut tot în scopul exploatării, splendidele palate şi zgîrie-nori din Brazilia (Rio de Janeiro) şi din oraşele Sao-Paolo, Santos sau Bogota din Columbia.

Aceasta din urmă deţinea în 1980, 19% din cantitatea de cafea pe piaţa mondială. Cultura cafelei dă multe

nopţi de insomnie, chiar dacă nu este băută, capitaliştilor, în perioada crizelor de supraproducţie. Bursa preţurilor cafelei fluctuează periodic.

Brazilia rămîne şi în 1980 pe primul loc în producţia mondială de cafea (62 milioane de saci anual). În anii 1930—1940, ani de criză, locomotivele braziliene au fost alimentate cu cafea de primă calitate, iar restul aruncată în mare.

Despre cafea s-a scris mult sub aspect economic. Din 1820, cînd Runge descoperă în cafea — principiul de bază — cofeina — o substanţă medicamentoasă din grupul xantinelor, după o tăcere de un secol, încep cercetări sub aspectul chimic şi farmaceutic al cafelei.

Astăzi se cunosc bine în lumea medicală şi mai puţin, sau aproape deloc în masa populaţiei efectele pozitive sau negative ale consumului de cafea. Cîntărită pe balanţa farmaceutică a cercetărilor şi experimentelor s-a dovedit un produs „fără greutate“, în ciuda aromei sale plăcute, agreabile, un „prieten“ care trişează atîta timp cît nu este cunoscut cu adevărat.

Şi totuşi, cafeaua trăieşte în atmosfera celui mai mare paradox al secolului. Producţia cafelei creşte vertiginos, deopotrivă cu exportul în toate ţările lumii. Cu titlu de informaţie, consumul a depăşit de mult cantitatea de 1 kg pe cap de locuitor, în Elveţia 7,9 kg, în Italia 1,6 kg, în U.R.S.S. peste 1 kg, în S.U.A. se consumă peste 3 kg/cap de locuitor. În S.U.A. consumul de cafea s-a ridicat de la media de 1,8 cești cafea pe 24 de ore la 3,6 cești în anul 1980. Cafeaua cu alcoolul şi tutunul alcătuiesc un trio — pe cît de subtil în consumul ocazional pe atît de malefic în consumul exacerbat, ca o permanenţă în oraşul nostru cotidian.

...Pe cînd o mutaţie şi o prăbuşire a consumului ?

Compoziția chimică, cafeina — substanță activă. Proprietățile ei farmacologice

Fructul arbustului de cafea (numele de cafea provine de la o regiune muntoasă din Etiopia, denumită — Kaffa — (plantată cu arbuști de cafea) sau dacă vreți, de la cuvîntul arab — qahwah — transformat de turci în — qahvé — de la care onomatopeic s-a transformat în — caffé — ; se remarcă printr-o compoziție chimică foarte complexă. Ea conține :

— apă 2–3%
— substanțe azotate 5%
— substanțe grase 8—15%
— zaharuri :
  • zaharoză 6,5%
  • glucoză 0,7%
  • fructoză 0,3%
— acid nicotinic 10—17%
— acid glutamic 17,6%
— cafeină 0,9–2%
— acizi aminați
— acizi organici (ac. citric, ac. piruvic, ac. fenolici, ac. oxalic)
— acizi clorogenici
— compuși sulfurici (SO_2 și H_2S)
— săruri minerale :
  162 mg, din care : — 2,8 mg calciu
  — 1,8 mg fier
  — 9 mg fosfor
  — 40 mg sodiu
  — 10 mg K
  — 8 mg magneziu

Cu acțiuni specifice, fiecare substanță acționează după concentrația ei, dar ceea ce caracterizează acțiunea farmacologică a cafelei se datorește alcaloidului său de bază — cafeina ; ea este un medicament din grupa xantinelor unde mai sînt înserate, teofilina din ceai și teobromina din cacao, ca substanțe înrudite. Cafeină, mai conține și nuca de Cola, în aceeași cantitate.

Acțiunile farmacologice ale cafeinei sînt :

— efectul stimulator asupra sistemului nervos central, predominant asupra scoarței cerebrale, apoi a bulbului și măduvei spinării ;

— la nivelul scoarței cerebrale are o acțiune netă asupra funcțiilor psihice și senzoriale ; ea determină un flux mai rapid de idei, alungă somnul și oboseala, conferă finețe în perceperea stimulilor senzitivi, are de asemenea efect de stimulare asupra miocardului, funcției diuretice a rinichiului și acționează ca relaxant al unor formații musculare netede.

La nivelul bulbului, cafeina își exercită influența asupra centrilor respiratori, vasomotori și vagali ; ea va crește volumul respirator pe minut, stimulînd ritmul și profunzimea respirației. Asupra sistemului cardiovascular, la nivelul inimii face să crească amplitudinea mișcărilor, mărește ritmul și debitul sanguin cardiac sau, la un cord stimulat adăugarea cafeinei, va exercita nucleii vagali bulbari, determinînd scăderea ritmului cardiac. O doză mare de cafeină va avea ca efect o tahicardie, cu tulburări ale ritmului pînă la aritmii cardiace. Asupra vaselor sanguine : cafeina contractă vasele sanguine prin stimularea centrului vasomotor bulbar, producînd dilatarea lor prin efectul direct asupra musculaturii vasculare ; dar, deoarece acțiunile centrale sînt

antagoniste celor periferice, se observă o vasodilatație periferică tranzitorie prin creșterea fluxului de sînge periferic.

Asupra circulației cerebrale, cafeina determină un efect de vasoconstricție, fapt acceptat de către majoritatea autorilor după lungi cercetări și controverse. Pentru acțiunea asupra vaselor coronariene nu s-a ajuns încă la un consens.

Cafeina are o ușoară influență asupra presiunii arteriale ca urmare a creșterii debitului cardiac (creștere de 10 mm Hg).

Stimularea diurezei de către cafeină este moderată, iar asupra tractului digestiv, face să crească și să prelungească secreția gastrică ; în plus acționează asupra motilității colonului și intestinului subțire cu modificări ale tranzitului (accelerarea lui) intestinal.

Asupra musculaturii striate, a mușchilor voluntari, efectul asupra oboselii în sens pozitiv, diminuarea acesteia, nu ar fi altceva decît stimularea direct centrală, care maschează informația referitoare la senzația de oboseală sau, după alți cercetători, o intensificare a contracției musculare face ca mușchiul să fie mai puțin sensibil la oboseală. Printre alte acțiuni ale cafeinei, mai semnalăm :

— stimulează funcția medulosuprarenalei făcînd să crească catecolaminele (adrenalina și noradrenalina) ;

— provoacă hiperglicemia la obezi.

Iată numai cîteva acțiuni ale cafeinei, care se vor reflecta evident în starea de sănătate sau de boală a individului.

Efectele consumului de cafea asupra stării de sănătate și a stării de boală, factor de risc

Efectele consumului de cafea asupra stării de sănătate sînt multiple. Cercetătorul american Vanderbild a constatat la un număr de nouă persoane neconsumatoare de cafea, următoarele modificări în organism după consumul cafelei :

— conținutul de adrenalină în sînge s-a ridicat cu aproximativ 10%, iar a norepinefrinei cu 75% ;

— ritmul respirator a sporit cu 20% ;

— presiunea sîngelui s-a ridicat cu aproximativ 10% ;

— ritmul cardiac, după o oră, s-a ridicat peste normal, aceste efecte dispărînd doar după 3 ore.

Evident, ca orice drog, consumul de cafea aduce în organismul sănătos modificări specifice organului asupra căruia acționează. Dacă la nivelul scoarței cerebrale cafeaua stimulează ideația, ridicînd tonusul psihic după o doză de 150—250 mg cafeină, echivalentul a două cești de cafea, aceeași cantitate provoacă stări de disconfort la nivelul aparatului cardiovascular, prin tahicardie, tulburări de ritm cardiac, extrasistole etc. Se crede că prin consumul cafelei s-ar tampona stările de oboseală, fatigabilitate, narcolepsia, somnolența, adinamia și chiar epuizarea fizică. Se sugerează cu aer de certitudine, acel „bea o cafea și o să-ți revii"... dar, departe de a anula disconfortul sau spinele iritative compensînd procesul de excitație sau de inhibiție în limite nefiziologice, cafeaua va accentua starea reactivă și progresiv va tulbura ritmul biologic, ritmul nictemeral, inducînd sau o stare de veghe prelungită, o insomnie

puternică ce va solicita în mod necesar o medicație hipnotică, iar de aici, antrenarea într-un cerc vicios din care se poate ieși greu.

De asemenea, tulburările neurovegetative ale nevroticului — fără manifestări clinice semnificative — după consumul de cafea, se accentuează trecînd pragul spre patologic, fapt ce constituie rațiunea contraindicației consumului de cafea. La nivelul aparatului digestiv, cafeaua mărește și prelungește secreția gastrică, acționînd asupra mucoasei gastrice ca un iritant, iar dozele repetate (2—3 cești de cafea) favorizează instalarea gastritelor și chiar a ulcerului gastric sau duodenal. Prin acțiunea sa asupra activității motorii a tractului gastrointestinal ea duce fie la accentuarea motilității intestinului subțire și a colonului, fie la suprimarea pasageră a acesteia, producînd, în raport cu cantitatea consumată, tulburări ale tranzitului intestinal.

Cardiologii au găsit relații între producerea infarctului de miocard și consumul de cafea, riscul fiind calculat în raport cu numărul cestilor de cafea băute zilnic. Incidența infarctului miocardic este cu 25% mai ridicat la consumatorii de cafea decît la neconsumatori. Băutorii de cafea au un indice de colesterol crescut în sînge, cafeaua perturbînd metabolismul grăsimilor prin creșterea acizilor grași liberi.

Acțiunea cafelei asupra vezicii urinare a fost descoperită prin incidența statistică a cancerelor de vezică, procentual crescute la băutorii de cafea. Este cunoscută acțiunea pe care o exercită cafeaua la nivelul veziculei biliare cu declanșarea consecutivă a dischineziilor biliare și dereglări ale proceselor de digestie.

La femeia gravidă, cafeaua acționează nociv asupra sistemului nervos al mamei și al produsului de concepție și nu de puțin ori cercetători au demonstrat posi-

bilitatea incriminării cafelei ca factor sau agent mutagen sau teratogen. Într-un studiu asupra cancerului, cercetătorul Stocks P. consideră că, alături de fumat, cafeaua, constituie un factor de risc în neoplasmul de pancreas, prostată, ovar, precum și în leucemie la femei. Unele din contraindicațiile consumului de cafea ar fi în bolile :

— litiaza renală

— nefropatiile cronice

— gastrite hiperacide și ulcer peptic

— colite ulceroase

— boli nervoase (în special nevroza cu predominanță cardiacă)

— hipertiroidismul

Ca efecte pozitive, dar tranzitorii, cafeaua mărește capacitatea de memorizare, stimulează coordonarea motorie dar numai la un consum moderat (o ceașcă de cafea — 60 — 120 mg cafeină) consumul a două cești — 180—200 mg cafeină, determină o scădere a coordonării motorii (experiment pe un mare număr de dactilografe). Cafeaua, prin acțiunea de vasoconstricție la nivelul vaselor cerebrale este indicată în cefaleea hipertensivilor.

O contraindicație a cafelei este consumul ei la vîrsta școlară. Nu trebuie să uităm că băuturile tonifiante, așa-zisele „soft-drinks“ — băuturi dulci, precum Coca Cola sau Pepsi Cola, conțin exact echivalentul de cafeină dintr-o ceașcă de cafea.

Evitarea abuzului este strict indicată. Conținutul în cofeină depinde și de modul de preparare a cafelei — tip „filtru“ — conține la o ceașcă de cafea echivalentul a 100—150 mg cafeină, față de tipul de preparare „expresso-bar“ (prin acțiunea vaporilor de apă sub presiune asupra pulberii de cafea) care conține 70—80 mg co-

feină (ingredient 7 g cafea în 50 ml lichid). O fiolă de cofeină natriu benzoic conține 0,250 mg, aproximativ echivalentul a două cești de cafea... de ce am consuma medicamentul fără a fi... bolnavi !

Este adevărat că nu s-au semnalat decese prin excesul de consum al cafelei ; doza letală fiind de 10 g sau echivalentul a 80 cești cu cafea...

Intoxicaţia cu cafea — cafeism

Băutura obținută din boabele de cafea, prăjite și măcinate se consumă, azi, pe întregul glob. Numai în S.U.A. consumul anual a ajuns la cifra de 600 000 tone cafea. Acest consum anarhic, căci nu respectă nici un principiu al alimentației raționale, consumîndu-se înaintea mesei, în locul mesei și după masă, creează o obișnuință care, prin repetarea frecventă a consumului, duce la o manie sau mai precis, ținînd cont de efectele toxice, la o toxicomanie, cunoscută în lumea medicală sub numele de cafeism.

Cafeismul este consecința unui consum al cafelei, al cărui caracter devine permanent ; permanența și frecvența ridicată a consumului va duce la o intoxicație cronică a organismului. Din punct de vedere clinic, intoxicația cronică cu cafea produce palpitații, perioade de insomnie, diureză crescută, inapetență, pe un fond de anxietate ; gastralgiile și tulburările de tranzit completează tabloul clinic al intoxicatului cronic. Deși aceste tulburări sînt înregistrate de către bolnavi, ei continuă, fiind dependenți fizici la drog, să rămînă sclavii propriilor deprinderi. Uneori, bolnavul pune stările de boală provocate de cafeism, pe seama altor agre-

siuni, fie de ordin psihic, fie pe seama unui surmenaj fizic sau intelectual. Intoxicația cronică cu cafea nu va duce pe individ spre porțile spitalului sau ale policlinicilor. Cafeismul este asociat în general altor droguri, ca : tutunul, alcoolul împreună cu care contribuie, ca factori de risc, la declanșarea unor boli sau agravarea bolilor deja existente.

Dintre cele trei droguri s-ar părea că cel mai ușor abandonat este cafeaua. El poate fi înlocuit, dacă este cazul, inițial, cu surogate de cafea sau cafea decafeinizată, care conține minimum de cofeină sau cu băuturi ce nu fac obiectul unor droguri nocive.

Informația științifică poate învinge unele deprinderi sau obiceiuri mai vechi, dacă acestea devin sau sînt dăunătoare.

Astăzi, tendința omului este de a se sustrage oricărei agresiuni, iar mijloacele spre a fi ajutat sau încurajat în acest sens sînt multiple.

Un drog mai puțin sau două droguri reprezintă mult ; abandonarea celor trei droguri : alcoolul, tutunul și cafeaua înseamnă autocontrol, forță psihică și educație.

Consumul de cafea, dependenţa psihică şi fizică

Oare necesitatea consumului cotidian ca aliment a făcut din cafea produsul care azi este nelipsit din nici o împrejurare ? În urmă cu 15—25 ani ea avea pe puțin un rol protocolar sau dacă nu, era un obicei de rafinament pe la... casele mari. Este o explozie de „gust“ sau un aspect al unei „mode“ în gastronomie faptul că azi

aproape nu există individ să nu consume acest drog ! Ba, mai mult, în micile perioade de „criză“ cînd cantitatea la desfacere nu satisfăcea cererea, dependenții fizici — cei care nu se puteau lipsi de ea — au început să-și împrumute cantitatea necesară, o linguriță sau două, pentru o cafea, de la cei care au avut ideea să-și facă mici rezerve... Fenomenul ajunsese identic în cazul tutunului cînd solicitînd o țigară pare firesc și o primești imediat ; din punct de vedere psihologic se crease spontan o solidaritate între cafegii.

Fără a avea un preț prohibitiv, cafeaua s-a impus pe piața de consum alături de țigară și alcoolul tare (coniac, gin, vodcă) constituind pe același podium cu ele împreună un trio malefic.

Revin la faptul că în urmă cu 25—30 ani, consumul cafelei era acel „tic domestic“ al bătrînelului pensionar, stînd în ceardac și visător, cu ceșcuța în mînă, sorbea rar din licoarea aromată, preparată cu mult dichis. Azi, orice individ adult sau tînăr, fără diferență de sex, a luat startul pentru un consum fără orar. Se bea cafea la o țigară, la un pahar de coniac, se bea dimineața acasă și încă dimineața la locul de muncă înainte de a începe activitatea, se bea înaintea examenelor, în excursii și de cîte ori nu ai ce face... Faptul de a nu putea rezista tentației, motivată indiferent cum, reprezintă o dependență psihică și fizică față de drog, la cafeină ; licoarea aceasta inofensivă la prima impresie, căci ține de sete, ține de foame, ține de inspirație, în realitate ține și de maladie...

Informația științifică, neutră și indiferentă la slăbiciunile omenești, vine să ne arate adevărata față a acestui drog, care îndrăgit și prieten în orice împrejurare ne trage subtil pe sfoară. Efectul stimulant produs de cafeină — principiul activ din cafea, care ne dă senzația de confort, alungînd oboseala, este falsă, căci această oboseală „dispărută“ ca prin miracol, nu este alungată din organism, ci doar „împinsă mai încolo“ ; ea zboară ca un bumerang, dar noi știm că bumerangul se întoarce... Odată efectul cafeinei epuizat, tonusul psihic și fizic ridicat, va ceda, adăugîndu-se oboselii dintîi.

Cafeaua nu aduce forțe suplimentare, ea consumă rezervele din depozitul organismului. Consumul de cafea se recomandă de către medic doar în cazuri de excepție, cînd e necesar un supraefort momentan. În fond există și o igienă a muncii ; raționalizarea efortului fizic și intelectual evită orice exces, orice abuz capabil să răstoarne în organism echilibre bine puse la punct. Mecanismele fiziologice au limitele lor ; forțate, ele vor ceda, o dată, de două ori, ca în sfîrșit să-și ceară creditul înapoi ; atenție, să nu se găsească niciodată debitori insolvabili !

Aliment sau medicament ? Drog tolerat sau agresiv ?

Cafeaua considerată ca aliment posedă calități organoleptice de necontestat ; aroma și gustul, deosebite, au făcut ca să fie apreciată, să devină o băutură comună, nepretențioasă și de circumstanță.

Dar, cîți băutori de cafea cunosc măcar o parte din efectele ei nocive ? Ca medic, cînd am sfătuit sau am cerut pacientului să nu mai bea cafea, am fost la rîndul meu descumpănit, de aceeași și aceeași întrebare : „De ce ?“

Astfel, am crezut necesar că va trebui adusă pe banca acuzării, pentru delicte comise împotriva bunei

funcționări a organismului nostru. De la bobul crud pînă la bobul prăjit există, ca să spun așa... cafea și cafea...

Supusă unei tehnologii — sui-generis — și unei chimii răzbunătoare dacă vreți, atunci cînd îi fură amprenta identității sale sub denumirea... anostă de cafea... decafeinizată (un mic secret : chiar dacă pe cutie scrie decofeinizată 100%, ea mai conține de la 10—15 mg cafeină, ce nu a putut fi epurată) cafeaua naturală ca și tutunul poate fi mai „tare“ sau mai puțin tare, cu aromă puternică sau abia sesizabilă de cafegii profesioniști, pură 100% sau în amestec, cu diferite calități și concentrații, fiecare cu calitățile ei finale sau cu micile ei defecte. Industria cafelei, spre a găsi formula cea mai ideală, își are laboratoarele și specialiștii ei, așa-zișii „degustători de cafea“ care dau verdicte și sugerează tehnici speciale privind modul ei de preparare ; de exemplu : în ce recipient să fie fiartă, din ce metal, la ce foc (iute sau mocnit), în nisip fierbinte, în ce fel de apă (dură sau moale), și încă, în ce moment și în ce ceșcuțe să fie turnată, cînd și cît zahăr trebuie adăugat etc.

Tehnologia modernă a preparării ne învață că o cafea excelentă trebuie să fie măcinată din boabe identice ca greutate și culoare ; trebuie excluse boabele negre sau cele incolore (palide), iar fierberea să se facă nu la 100°C, ci la 80—85°C, nici un grad mai mult și să se respecte diluția convențională de 7 g la 50—60 ml apă. În ce privește păstrarea aromei, ea este legată de specia și varietatea cafelei : Braziliană, Etiopiană, Costa-Rica. Columbiană etc. sau din varietatea : arabică, robusta, liberica, moka, santos. Fiecare din ele conțin o concentrație diferită de cafeină și substanțe aromatizate (ex. : cafeaua robusta conține pînă la 3% cofeină față de arabica sau santos ce nu depășesc 1,5—2%).

În cafea există pe puțin 363 de substanțe aromatizate care, luate în parte, au niște arome dezagreabile, dar împreună au izul de cafea propriu-zis.

Nici azi, în secolul chimiei organice și a sintezelor nu s-a reușit să se obțină pe cale artificială aroma de cafea ; natura, unde poate, ne ține încă la distanță...

Am putea spune că fiecare amator de cafea, după unele încercări sau observații proprii se va hotărî, indiferent dacă este sau nu pretențios, să aibă neapărat „cafeaua lui“ după gustul personalității sale, după rafinamentul său (psihologii au sesizat de mult că cei „puternici“ beau de obicei cafeaua fără adaos... de zahăr).

Cu toate acestea, cafeaua este departe de a fi un aliment, în schimb ea este sigur un drog potențial în raport cu doza de cafeină pe care o conține.

Specialiștii de la Universitatea din Boston (S.U.A.) în anul 1973, pe un număr de 12 759 persoane spitalizate, din care 440 cu infarct de miocard acut, au ajuns la concluzia că o ceașcă de cafea pe zi sporește riscul îmbolnăvirilor de inimă cu 60%, iar consumul de 5—6 cești pe zi, crește riscul cu peste 120%. Cafeaua poate deveni în anumite condiții un drog agresiv ; un studiu făcut de o universitate din S.U.A. pe 500 de studenți, a arătat că după consumul a 4—5 cești de cafea (respectiv 1 g de cafeină sau ceva mai puțin) apar la subiecți insomnie, agitație și neliniște ; mușchii devin încordați și încep ușoare tremurături la extremități, respirația devine accelerată, diureza crește, subiectul este în alertă, devenind ușor iritabil la un schimb de idei contradictorii, pentru care în stare normală nu ar reacționa.

Toate aceste simptome la a 10-a parte din doza letală... o ceașcă de cafea conține 150 mg de cafeină ; o ceașcă ? Azi, de la ceșcuța de cafea de odinioară, de

2—3 ori mai mare ca un degetar, s-a ajuns, vrei nu vrei, să te lupți cu o „cană“ (mai bine zis) de 100—150 ml, de necontestat fiind adevărul că odinioară „se gusta o cafeluță“ azi se „bea o cafea“, aspectul vulgarizat al unei preferințe gastronomice rafinate.

În ce privește toleranța drogului la nivelul organismului, aceasta diferă de la individ la individ, în raport cu personalitatea acestuia, cu tipul de sistem nervos, cu „ideea“ ce și-a făcut-o despre cafea și cu faza de echilibru psihosomatic, în momentul consumului. Astfel, acțiunea cafelei va fi uneori paradoxală, acționînd fie pe linia unui prag de excitație sau pe cel de inhibiție, aceeași cafea la indivizii diferiți poate, printre altele, induce sau alunga somnolența. Unii cercetători, poate mai optimiști, văd numai fizionomia frumoasă, la suprafață, a drogului. De ce să țintuim la stîlpul infamiei un produs care ne tonifică intelectul și capitalul fizic, ne ajută siesta postprandială, ne face mai alerți și ne mărește fluxul de idei... dimineața alungă din organism faza vagotropă instalînd-o pe cea simpaticotropă... cu alte cuvinte ne trezește... de-a binelea.

Dar, dacă tot vrem, zic ei, să-i aducem „insulte“, atunci cafeaua poate fi un mijloc de toxicomanie — dar cel mai inofensiv, căci, vezi, nu schimbă personalitatea, iar toxicitatea ei este minimă în raport cu alte droguri. În 1972, A. Buko, amic al cafelei, scria : „Trebuie luată în considerare, în lupta anti-alcool, lărgirea rețelei de cafenele și consumul cafelei în mediul cultural“... Cinci ani mai tîrziu (1977), un grup de fiziologi cereau reconsiderarea în ceea ce privește efectul benefic al cafelei la alcoolici, argumentînd că efectul ei asupra alcoolului ingerat este nul, ba mai mult, cafeaua băută în atare situație, îl întărește.

Dezinformația, tradițiile mistificate sau denaturarea obiceiurilor, prejudecățiile, modernismul ad-hoc, iată numai cîțiva inamici care ne dau de lucru atunci cînd nu ținem pasul cu progresul științific, atunci cînd pășim comozi și refractari, pe vechile canoane, ancorînd în fundurile de sac ale rutinei și inerției.

BIBLIOGRAFIE

1. BRAUDEL F. — Les structures du quotidien : le possible et l'impossible, Magazin istoric, 1981, 4.
2. BUKO A. — Cafeaua și problemele intelectului, Bul. inform. Med., 1972, 12, 12.
3. CENTOZA D., CRISTOFORO A. — Le café dans la diète du sportif, Minerva med., 1972, 61—63, 3 351.
4. * * * — Dicționar enciclopedic român, 1966, vol. IV, p. 616.
5. FISCHBACH E. — Le café et le sport, Minerva med., 1970, 61, 791, 4 367.
6. GOUNNELE DE PONTANE, DUMAS ASTIER M. — Le café et la santé, Bul. inform., 1972, 9.
7. OORGA N. — Les voyageurs français dans l'Orient européen, Paris, Paris, 1928.
8. IORDA N. — Istoria Românilor în chipuri și icoane, 1906, vol. III.
9. KRUG C. A., DE POERCK K. A. — Enquète mondiale sur le caffé. F.A.O., Rome, 1969.
10. PASCU M. — Cafeina, Rev. Pract. Farm., 1978, III, 53—57.
11. PETRESCU A. D. — Din istoria cafelei, Viața med., 1974, 21, 375.
12. RICHMOND I., GLENN R. — Action of cafeine as respiratory stimulants in man, J. Appl. Physiol., 1949, 2, 16.
13. STOCKS P. — Cancer mortality to national consumption of cigarette, solid fuel, tea and coffee, Brit. J. Cancer., 1970, 24, 215.
14. TURCHETTO E. — Cafeaua în procesul digestiv, Minerva med., 1972, 63, 61, 314.

Redactor de carte : dr. EMILIAN IMBRI
Tehnoredactor : PRIMAVERA CÎMPEANU

Bun de tipar : 5.XI.1988.
Formatul : 32/70×100.
Scris I var. B 70×100/49 g a 83%

Coli tipar : 3,50.

Întreprinderea poligrafică „Oltenia"
str. Mihai Viteazul nr. 4, Craiova
Republica Socialistă România
Comanda nr. 262

MEDICINA PENTRU TOȚI

77

Lei 4,50

EDITURA MEDICALĂ